Nr. 5. 31. stycznia 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. P. ADAMOWICZ, asystent kliniki. Kraków.

Wpływ pewnych bodźców chemicznych na czynność wydzielniczą trzustki wraz z uwagami dotyczącemi rozpoznawania jej schorzeń *).

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. W. Orłowski.

Schorzenia trzustki, zwłaszcza zaś podostre i przewlekłe jej stany zapalne zdarzają się dość często, lecz rzadko bywają rozpoznawane za życia (Mattes[6]), Strauss[7]). Najczęściej, wskutek stosunków anatomicznych, występują one równocześnie lub w następstwie zakażenia dróg żółciowych, (Poggenpol, W. Orłowski[1]), Katsch[2]), Schmidt[3]), szczególnie zaś pęcherzyka żółciowego, (Osler, Kehr, Dressman[1], Friedrich i Guleke[4]).

Zdaniem Kehra, trzustka ulega zmianom u chorych na kamicę żółciową równie często, jak i wątroba. Liczne spostrzeżenia, poczynione podczas zabiegów operacyjnych oraz badania zwłok również potwierdzają częstość schorzeń trzustki w postaci rozlanego lub częściowego jej stwardnienia natury zapalnej u osób ze schorzeniami dróg żółciowych (Riedel, Guleke[4]), W. Orłowski[9]). Częstość tych zmian trzustki Kehr[5]) oblicza na 31% (w 65 przypadkach z 220 operacyj dróg żółciowych), Mayo— na 6,1% (w 141 przypadkach z 2200 zabiegów operacyjnych woreczka żółciowego), Körte na 2,3% (w 6 przyp. z 2254 zabiegów). Z pośród internistów własną statystykę przytacza jedynie Katsch. Otóż na 3000 jego chorych z różnemi cierpieniami, w tem 130 zapaleń woreczka żółciowego i 44 wrzodów trawiennych dwunastnicy, przypada 1 przypadek martwicy tłuszczowej trzustki oraz 24 przewlekłych jej zapaleń, towarzyszących przeważnie schorzeniom dróg żółciowych.

Nietylko jednak schorzenia dróg żółciowych mogą prowadzić do zmian zapalnych trzustki, spostrzegano je również u chorych z wrzodami żołądka lub dwunastnicy, nieżytem dwunastnicy, wreszcie u osób z chorobami zakaźnemi, jak n. p. gruźlica, kiła (Guleke[4]), grypa, zapalenie migdałków (Hirschweld[4]), też ślinianki przyusznej i t. d. Również często występują schorzenia trzustki u otyłych, u osób nadużywających wyskoku (Friedrich, Weichselbaum[4]), zwłaszcza w podeszłym wieku, szczególnie u mężczyzn. Słowem, różnego rodzaju zmiany trzustki w postaci jej stwardnienia, zrostów, blizn po częściowej martwicy tłuszczowej i t. d. stwierdza się nieraz podczas badania zwłok. Są one wyrazem spraw, które toczyły się w niej za życia. Rzecz prosta, w takich przypadkach za życia istniały dolegliwości podmiotowe, lecz nie były one tyle cechujące, żeby cierpienie trzustki mogło być rozpoznawane. Stąd pochodzi rzadkość rozpoznania za życia większości schorzeń trzustki. Nieco inaczej przedstawia się sprawa nowotworów trzustki, jej martwicy tłuszczowej lub nawet ostrych jej stanów zapalnych. Występują tu nieraz dość cechujące objawy podmiotowe i przedmiotowe, które pozwalają w wielu przypadkach, jakkolwiek nie zawsze, z pewnem prawdopodobieństwem rozpoznać schorzenie trzustki.

Z pośród tych objawów szczególną uwagę zwrócono na bóle w brzuchu. Co do ich znaczenia jednak niema jednomyślności w poglądach. Zdaniem większości niema cechujących bolów, któreby przemawiały za schorzeniem trzustki, bole bowiem towarzyszące schorzeniom tego gruczołu nie różnią się w niczem od bolów w atypowej kolce żółciowej, we wrzodzie dwunastnicy lub w gastralgji (Oser, Ortner[8]), Glässner, Körte, W. Orłowski[11]), A. Schmidt[3]), Matthes[6]) i inni. Odmienne zdanie wygłasza w ostatnim czasie Katsch[2]). Według niego bole nie towarzyszą zmianom trzustki tylko wyjątkowo. Jego spostrzeżenia wykazują, że ból w ostrej martwicy tłuszczowej trzustki cechuje gwałtowność, natomiast w przewlekłych, podostrych i nawrotowych zapaleniach trzustki ból występuje jako słabo zaznaczony napad w środkowej części nadbrzusza. Wysoce znamienną jego cechą jest rozpromienianie się do lewego podżebrza. Ból wtenczas zapełnia lewą połowę nadbrzusza i może naśladować napad kolki nerkowej, lub przebiega pod postacią tępego bolu, przypominającego bole w postrzale lub nerwobolu kulszowym. Natomiast punkty uciskowe Chauffarda, Desjardina, Ochsnera zawodzą i są niepewne. Podczas napadów bolu stwierdza się pas nadwrażliwości skórnej Heada, który okala lewą stronę nadbrzusza, idąc ku tyłowi aż do kręgosłupa, odpowiednio do ósmego odcinka ciała. Wykrywa się on badaniem nadwrażliwości skóry paznokciem, uderzeniem młoteczka lub ujęciem skóry we fałd. Według Katscha, ten pas nadwrażliwości skórnej jest znamiennym objawem dla schorzeń trzustki. Przynajmniej Katsch znajdował go we wszystkich swoich przypadkach zapaleń trzustki. Spostrzegał on go też w kamicy nerkowej, gruźlicy nerki oraz zapaleniach miedniczek nerkowych, lecz te sprawy nietrudno odróżnić od schorzeń trzustki na podstawie innych danych. Zdarza się, że i napad kolki żółciowej daje atypowe promieniowanie bolu ku stronie lewej z pasem nadwrażliwości skórnej. Są to jednak przypadki schorzeń woreczka żółciowego, którym zawsze towarzyszy także zajęcie trzustki. Nie wchodzę w dalsze szczegóły symptomatologji bolów w schorzeniach trzustki według Katscha, ograniczę się tylko do zaznaczenia, że jego zapatrywania przyjął przychylnie szereg innych klinicystów, (Friedrich, Guleke, Strauss, Izaak Krieger[12]). Obmacywanie i opukiwanie w większości przypadków schorzeń trzustki niema większego znaczenia, (W. Orłowski[11]) Katsch, Guleke[5]).

Prócz zmian anatomicznych miąższu trzustkowego natury zapalnej, zwyrodnieniowej i nowotworowej istnieją też stany niewydolności czynnościowej tego gruczołu (W. Orłowski[1]), A. Schmidt[3]), Einhorn[13]). Z natury rzeczy stany te można wykazać tylko próbami, które pozwalają bezpośrednio ocenić zdolność wydzielniczą gruczołu. Do takich prób należą przedewszystkiem tak zwane przez W. Orłowskiego, dietetyczne sposoby badania, któremi klinika posługuje się w szerokim zakresie. Z pośród nich najwięcej jest w użyciu próbna dieta Schmidta-Strassburgera oraz próba jądrowa Schmidta. Jeżeli po diecie Schmidta-Strassburgera występują wolne stolce tłuszczowe (steatorrhoea), lub mięsne (kreatorrhoea), jeśli one zawierają obficie skrobię, Schmidt i wielu innych uważają je za objaw wskazujący na niedomogę wydzielniczą trzustki.

Strauss[12]), Brugsch, v. Noorden, Krieger[14]), odwrotnie, nie przypisują większego znaczenia badaniu stolców. Wychodzą oni z założenia, że rozwolnienia mogą zależeć od bardzo wielu przyczyn, które, leżąc poza trzustką i przyśpieszając przechodzenie pokarmu przez przewód pokarmowy, wywołują stolce tłuszczowe i mięsne. Za tem, że tak bywa istotnie, przemawiają spostrzeżenia z ustąpieniem podobnych stolców w wielu przypadkach po podaniu już kilku kropel makowca. (Porges[12]), który zatrzymuje miazgę pokarmową dłużej w jelicie.

Oznaczanie ilościowe tłuszczów i kwasów tłuszczowych w stolcach w przypadkach o średniem uszkodzeniu trzustki często również nie wiedzie do celu (Carnot, Timbal[15]). Z drugiej znowu strony prawidłowe stolce nie dowodzą prawidłowej czynności trzustki (Katsch, Strassburger), Körte[10]) n. p. podaje przypadek, w którym usunięcie całego chorego gruczołu trzustkowego nie wywołało zaburzeń trawienia, lecz jedynie przejściowy cukromocz. Guleke[5]) przytacza 14 przypadków przewlekłych zapaleń trzustki, stwierdzonych badaniem anatomopatologicznem, gdzie za życia nie było żadnych zaburzeń zewnętrznego i wewnętrznego wydzielania trzustkowego.

W klinice daje się też niejednokrotnie stwierdzić, że pomimo zamknięcia przewodu trzustki i zniszczenia samego gruczołu przez nowotwór, trawienie pokarmów odbywa się zupełnie prawidłowo (W. Orłowski[10]).

Również czynnościowa hipochylja trzustki często przebiega bez zaburzeń trawienia (Friedrich[16]). Mając to wszystko na względzie, Gaston Durant i Binet[17]) odmawiają wszelkiego znaczenia badaniu stolców w organicznych schorzeniach trzustki i wątroby, a tembardziej w ich schorzeniach czynnościowych. Cukromocz może wystąpić jedynie w przewlekłej sklerozie gruczołu (Mathes[6]). Próba jądrowa Schmidta nawet w modyfikacji Kaschiwado nie jest też pewna (W. Orłowski[11]) Katsch[12]) Strauss). Badania stolców co do zawartości zaczynów trzustki, przeprowadzone skrupulatnie przez W. Orłowskiego, dowio-

*) Wygłoszono na XII. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie.

dły, że i ta droga badania czynności wydzielniczej trzustki często zawodzi. Do ujemnych wyników pod tym względem doszli w ostatnim czasie także Krieger[18]), Kahn[19]) i inni. Zawiódł też i został zarzucony cały szereg prób czynnościowych, stworzonych ad hoc, jak próba glutenowa Sahliego, salicylowa Ferreira, pankreonowa Salomona, adrenalinowa Lewi'ego, próba Cammidgea i wielu innych.

Gdy wszystkie te próby okazały się niepewnemi, usiłowano otrzymywać sok trzustkowy chociażby w niezupełnie czystym stanie i na tej drodze starano się wyrobić sobie sąd o stanie trzustki. Do doniosłych prób tej kategorji należy metoda Volhard-Bołdyrjewa. Poddał ją dokładnemu zbadaniu szereg autorów. Jako jeden z pierwszych ogłosił swoje rozległe nad nią badania W. Orłowski[9]). Osobiście zastosowałem tę metodę, postępując zgodnie z metodyką W. Orłowskiego, w 25 przypadkach. Wydobytą z żołądka treść badałem co do zawartości trypsyny i lipazy. Lipazę wykryłem we wszystkich 25 przypadkach jako ślady, trypsynę natomiast tylko w 67% badanych przypadków. Występowała ona tu w ilościach bardzo małych, zupełnie nie odpowiadających wartościom, otrzymanym w tychże przypadkach innemi metodami, o których będę mówił niżej.

Znacznie więcej dla rozpoznawania schorzeń okolicy skrzyżowania (carrefour) wątrobowo-dwunastniczego, a zarazem i trzustki można było już z góry oczekiwać od wprowadzenia do kliniki zgłębnika dwunastniczego, łącznie z metodą, która pozwala wydobyć treść dwunastnicy, zawierającą wszystkie zaczyny zewnętrznego wydzielania trzustki. Coprawda treść ta nie jest czystym sokiem trzustkowym, zawiera bowiem ponadto wydzieliny gruczołów Brunnerowskich oraz śluzowych i żółć, a może zawierać też domieszkę treści żołądkowej oraz śliny. Z drugiej zas strony zaczyny lipolityczny, proteolityczny oraz diastazę wytwarza nietylko trzustka, lecz także inne gruczoły. W każdym razie możność otrzymania bezpośrednio treści dwunastniczej otwiera dla kliniki nowe horyzonty.

Toteż chętnie podjąłem się określenia, jaka kliniczna metoda jest najlepsza dla wyrobienia sobie sądu o stanie wydzielniczej czynności trzustki. Wszystkie badania przeprowadziłem na 50 chorych II. Kliniki wewnętrznej U. J. W wyborze chorych kierowałem się głównie stanem chemizmu żołądkowego w godzinę po śniadaniu próbnem Ewald-Boasa. Z pośród 50 badanych chorych było z cierpieniami woreczka żółciowego i wątroby 17, z rakiem wspólnego przewodu żółciowego wspólnego względnie wątrobnego 3, z wrzodem żołądka i dwunastnicy 2, z przewlekłym nieżytem żołądka 5, nerwicą żołądka 12, przewlekłym nieżytem jelit 4, niedokrwistością złośliwą 4, wreszcie z różnemi cierpieniami 3. Przekwaśność soku żołądkowego po próbnem śniadaniu Ewald-Boasa okazywało 17 chorych, prawidłowe stosunki wydzielnicze w żołądku 18, niedokwaśność 6, brak w soku żołądkowym wolnego kwasu solnego 9.

Celem wydobycia u chorych treści dwunastnicy zgłębnikowałem dwunastnicę przedewszystkiem z rana naczczo powtarzając zgłębnikowanie dwukrotnie, a w niektórych przypadkach kilkakrotnie. Ogółem wykonałem około 120 zgłębnikowań dwunastnicy. Używałem zgłębnika Einhorna początkowo z małą oliwką, lecz przekonawszy się, że zgłębnik z dużą oliwką Grossa daje znaczne korzyści, zarzuciłem pierwszą i stale posługiwałem się zgłębnikiem z dużą oliwką i miękko-elastyczną gumką. Dało to mi możność porzucić sposób Holzknecht-Lippmana[26]), wymagający ułożenia chorego w położeniu z podniesioną miednicą, co jest niewygodne dla lekarza, a męczące dla badanego. Oprócz tego, duża oliwka zgłębnika, pozostając w dwunastnicy, sprzyja zdaje się dłuższemu zamknięciu odźwiernika, przynajmniej treść żołądkowa nie przedostaje się w ciągu 30—45 minut do dwunastnicy, a ta okoliczność, rzecz prosta, ogromnie ułatwia badanie. Chory połyka oliwkę, siedząc, poza pierwszą podziałkę, odległą 45 cm. od oliwki (Einhorn[13]), następnie przechadza się po pokoju i kładzie się na prawy bok. Czasami dla umożliwienia szybkiego przechodzenia oliwki wprowadzałem do części odźwiernikowej żołądka kilka strzykawek powietrza. Prędzej też zdawała się przechodzić oliwka do dwunastnicy, jeżeli chory leżał na prawym boku z nieco uniesioną klatką piersiową, np. opierając się na łokciu, wreszcie wykonywał parę półobrotów nawznak i z powrotem. Czasami, by pobudzić ruchy robaczkowe żołądka, wprowadzałem do niego przez zgłębnik kilkanaście cm^3 zimnej wody. Dzięki takiemu postępowaniu czas przechodzenia zgłębnika do dwunastnicy wynosił średnio 30 minut. W niektórych jednak przypadkach już po 5—15 minut płynęła zupełnie przeźroczysta żółć bez domieszki soku żołądkowego. Chory w czasie i po wprowadzeniu zgłębnika pozostaje cały czas na prawym boku lub na wznak, więc w położeniu naturalnem i wygodnem, i dlatego zabieg łatwo znosi po kilka godzin.

Na 120 zgłębnikowań dwunastnicy tylko w 6 przypadkach nie udało mi się dostać do dwunastnicy za pierwszym razem.

Te niepowodzenia przypadają na okres posługiwania się małą oliwką. W jednym wreszcie przypadku trzykrotnie nie udało mi się wprowadzić zgłębnika ale, jak się okazało, z powodu zwężenia odźwiernika.

Jako środki podniecające czynność wydzielniczą trzustki, stosowałem: 1) 30 cm^3 n/10 kwasu solnego, rozcieńczonego do 100 cm^3 wodą, wiadomo bowiem (Pawłow, Popielski), że kwas solny jest silnym bodźcem humoralnym dla trzustki, sprawiającym wydzielanie jego soku jakościowo ubogiego w zaczyny, 2) 4—5 cm^3 eteru, który według Katscha również posiada właściwości silnego bodźca, 3) 100 cm^3 25 % rozczynu siarczanu magnezowego i 4) 30 kropel oliwy kamforowej z miętą, (o składzie Camphorae 2,0, 01 menthae pip. 8.0). Oliwę kamforową z miętą stosowałem, wychodząc z danych szkoły Pawłowa, że oliwa wzgl. kwasy tłuszczowe na drodze nerwowo-odruchowej wywołują wydzielanie się soku trzustkowego obfitującego w zaczyny. Wchodzą tu również w grę olejki eteryczne. Po przejściu zgłębnika do III podziałki odległej 70 cm. od oliwki i po wydobyciu dostatecznej ilości treści dwunastnicy, która się wydziela wskutek zadrażnienia samą oliwką zgłębnika, wprowadzałem do dwunastnicy przez szereg dni powyższe rozczyny. Zwykle w ciągu 30 minut po wlaniu środka pobudzającego zbierałem wypływającą przez zgłębnik treść, najczęściej bez aspiracji. Następnie oznaczałem ilość wydobytej treści, jej zasadowość, ciężar właściwy oraz badałem w niej zawartość lipazy i trypsyny. Badanie przeprowadzałem bezpośrednio po wydobyciu treści. Zasadowość oznaczałem miareczkowaniem treści n/10 kwasem solnym, używając jako wskaźnika 0.5% alkoholowego rozczynu dimethylamidoazobenzolu.

Zawartość lipazy oznaczałem metodą Bondiego. Polecają ją bardzo Chiray, Lebon i Milochęvitch[32]), Juni natomiast, u nas Filiński[24]), zarzucają tej metodzie pewną nieścisłość i przypadkowość. Wbrew temu przekonałem się, że postępowanie dokładne według wskazówek Chiray'a oraz Lebona[23]) daje wyniki zupełnie pewne i wystarczające dla celów klinicznych. Samo postępowanie jest następujące: Do kolbki o szerokiem płaskiem dnie wlewa się 10 cm^3 olei olivarum purissimi, następnie dodaje się 2 cm^3 badanej treści dwunastnicy i po energicznem zemulgowaniu zawartości kolbki wstawia się ją do cieplarki przy 39° C. na godzinę. Po wyjęciu z cieplarki dodaje się 60 cm^3 95° alkoholu oraz kilka kropel 2% fenolftaleiny, wreszcie miareczkuje się n/10 ługiem sodowym. Ilość cm^3 ługu sodowego, zużyta dla zobojętnienia kwasów zawartości kolbki, wyraża stopień zawartości lipazy w 2 cm^3 badanej cieczy.

Dla kontroli przeprowadzałem w wielu przypadkach 2 oznaczenia z badanej porcji. Wyniki otrzymywałem zawsze jednakowe, co przemawia na korzyść metody. Stopień zawartości lipazy waha się, jak to zresztą zauważyli już Chiray i Lebon[23]) zależnie od zagęszczenia domieszanej żółci; im większe zagęszczenie, tem wyższe otrzymuje się wartości lipazy.

Trypsynę oznaczałem według kazeinowego sposobu Fuld-Grossa w modyfikacji W. Orłowskiego[9]). Metodyka jest następująca: Do 12—14 probówek, oprócz pierwszej, wlewa się po 1 cm^3 wody przekroplonej, następnie do I i do II probówek dodaje się po 1 cm^3 badanej treści, z drugiej probówki odciąga się pipetą 1 cm^3 mieszaniny i dodaje się do trzeciej, z trzeciej po zmieszaniu odciąga się także 1 cm^3 jej zawartości i dodaje się do czwartej itd. aż do ostatniej; wreszcie, z ostatniej odciąga się 1 cm^3 mieszaniny i wylewa się na zewnątrz. Tą drogą, otrzymuje się szereg rozcieńczeń badanej treści, z których każde następne zawiera połowę treści poprzedniego. Tak więc pierwsza probówka zawiera 1 cm^3 badanej treści, druga — 0.5 cm^3 treści, trzecia—0.25 cm^3 treści i t. d. aż wreszcie dwunasta probówka zawiera ślady treści 0.00045 cm^3.) Teraz do każdej probówki dodaje się po 2 cm^3 rozczynu 1:100 kazeiny Grüblera i probówki, wstawia się na godzinę do cieplarki przy ciepłocie 39° C. Po godzinie celem przerwania dalszego trawienia ochładza się probówki pod prądem zimnej wody i dodaje się do każdej po jej ściance po 10 kropel rozczynu o składzie: Rp. Acidi acetil. glacialis 5.0, spirytus vini 45,0, aquae destill 50,0. Po dodaniu tego rozczynu w probówkach z niestrawioną kazeiną powstaje w miejscu zetknięcia się płynów białe kółeczko. Zaznaczyć należy, że już w pierwszych probówkach powstaje zwykle białe zmętnienie, zależne od strącenia kwasów żółciowych. Przyjąłem, że dwie jednostki tryptyczne zawierają się w najmniejszem rozcieńczeniu treści, które jeszcze nie dawało pierścienia po dodaniu rozczynu kwasu octowego o składzie wyżej podanym. Jeżeli np. białe kółeczko zjawi się w dziesiątej probówce, a w poprzedniej go niema, przyjmowałem, że dziewiąta probówka zawiera dwie jednostki tryptyczne. Trawienna więc siła tryptyczna tej treści wynosi:

$$\frac{390\ c.}{60'} = 512$$

jednostek. Jak już wyżej zaznaczyłem, treść dwunastnicy zbierałem naczczo oraz po wprowadzeniu do dwunastnicy niektórych

przetworów chemicznych. Naczczo, w razie drożności wspólnego przewodu żółciowego, wydobywałem zgłębnikiem z dwunastnicy zwykle dość małe ilości treści, wyglądające jak żółć, tak zwana „A". Treść ta była zupełnie przeźroczysta lub nieco mętnawa o odczynie zasadowym. Niekiedy jednak już naczczo wydobywała się żółć pęcherzykowa „B". W dwu przypadkach zupełnego zatkania wspólnego przewodu żółciowego wypływała treść bezbarwna, mętnawa, zasadowa. Średnio otrzymywałem z dwunastnicy naczczo w ciągu 20 minut 18 cm³ treści. Ilość ta podlegała jednak znacznym odchyleniom od średniej, raz w tym samym przypadku wydobywa się 6 cm³, a innym znowu razem 30 cm³ i więcej. Przekonałem się też niejednokrotnie, że wartości lipolityczne oraz tryptyczne w treści dwunastniczej, wydobytej naczczo, u jednej i tej samej osoby wahają się w szerokich granicach. Oznaczenia tych wartości często dają tu wyniki wprost sprzeczne. Ta okoliczność zależy prawdopodobnie od przedostawania się do dwunastnicy razem z oliwką zgłębnika, względnie przed nią, kwasu solnego żołądka, o ile żołądek zawiera go naczczo. Oznaczanie tej kwaśności naczczo daje często wartości bardzo wysokie np. w jednym przypadku otrzymałem 90⁰ kwasu solnego, w innym znowu 65⁰, co w znacznym stopniu zależy od czasu zgłębnikowania. Barsony i Friedrich[27]) badali tego rodzaju kwaśność żołądkową za pomocą zgłębnika żołądkowo-dwunastniczego i doszli do analogicznych wyników. Otóż jak wykazały badania szkoły Pawłowa (Popielski), kwas solny jest potężnym bodźcem wydzielniczej czynności trzustki, zarazem zaś wywiera pewien regulujący wpływ na trzustkę, zależnie od swego stężenia: im ono jest wyższe, tem większe ilości soku wytwarza trzustka, ale już o mniejszej sile trawiennej.

Zagęszczenie więc zaczynów trzustkowych stoi w odwrotnym stosunku do stężenia HCl soku żołądkowego (Babkin, Doliński, Walter[28]), Glässner[29]), Wohlgemuth[30]). Staje się przeto zrozumiałem, że zależnie od tego, czy przedostał się kwas solny z żołądka do dwunastnicy podczas przechodzenia oliwki zgłębnika czy też nie, a jeżeli przedostał się, to w jakiem stężeniu, otrzymamy różne ilości treści dwunastniczej oraz różne wartości ilościowe zaczynów trzustkowych.

Wobec powyższego są uzasadnione usiłowania wyszukania bodźców w postaci ciał chemicznych, któreby dawały podnietę do pracy trzustki zawsze o jednakowem napięciu. Przez to uzależnimy czynność wydzielniczą trzustki od żołądka oraz porównawczo przekonamy się o rozmiarach i zdolności jej odczynu na bodźce. Tak postępuje Katsch i Friedrich przez wprowadzenie do dwunastnicy eteru, Deloch[20]) i Kahn[19]) kwasu solnego, (Wichert-Dwojetz[31]) — kwasu solnego, oliwy, oraz eteru.

Po wlewaniach do dwunastnicy powyżej podanych roztworów kw. solnego wypływała w ciągu 5—8 minut treść kwaśna. W przypadkach niedrożności wspólnego przewodu żółciowego czas ten przedłużał się do 18—25 minut. Gdy roztwór wlanego kwasu solnego uległ w dwunastnicy zobojętnieniu, zaczynała płynąć, a w niektórych przypadkach wprost lać się przez zgłębnik ciecz zasadowa o barwie żółci słabo wysyconej. W niewielu przypadkach zjawiała się domieszka żółci ciemnej (B) woreczkowej. Uderza w tych badaniach z wlewaniem kwasu solnego obfitość wypływającej treści. W większości przypadków w przeciągu ½ godziny wypływa średnio 60 cm³ treści, a w bardzo wielu ilość ta przewyższa 100 cm³. W jednym przypadku wydobyłem w przeciągu ½ godz. nawet 200 cm³ tr.

Znacznie mniejsze ilości soku dwunastniczego otrzymywałem po wlewaniach do dwunastnicy 4 cm³ eteru. Średnia w tych badaniach wynosi 36 cm³ w ciągu ½ godziny. Po wprowadzeniu eteru chorzy często odczuwają nieznośny ból w brzuchu osłabienie, senność, te objawy szybko ustępują. Bezpośrednio po wlaniu wydziela się z powrotem nieco eteru zmieszanego z żółcią, a następnie wypływa żółć słabo wysycona, przeźroczysta, jasna, lecz dość gęsta śluzowata.

Tylko trzykrotnie spostrzegałem wydzielanie się po eterze w ciągu około 10 minut zupełnie bezbarwnego, przeźroczystego płynu. Katsch[33]) uważa ten płyn bezbarwny za czystą wydzielinę trzustki, wskutek odruchu wywołanego prostem zadziałaniem eteru w sposób ten sam, jak opróżnia się pęcherzyk żółciowy podczas zabiegu Meltzer-Lyona[34]) po siarczanie magnezowym, lub Steppa[35]), po peptonie Wittego. Z tem twierdzeniem Katscha trudno się zgodzić. W tych, sądząc z moich badań, rzadkich przypadkach występują one raczej wskutek bardzo silnego zadrażnienia i skurczu zwieracza Oddiego[37]), wobec czego otrzymujemy wydzielinę trzustki i dwunastnicy bez domieszki żółci.

Po wprowadzeniu 25% roztworu siarczanu magnezu treść dwunastnicza wydziela się obficiej, niż po eterze, ale w znacznie mniejszych ilościach, niż po kwasie solnym. Średnie wartości dla wydobywanej treści po siarczanie magnezowym wynoszą 42 cm³. Na zwiększanie ilości treści wpływa niezawodnie obfitsze wydzielanie żółci wogóle, a przy zdrowym pęcherzyku i jego opróżnianie się.

Oliwa kamforowa z miętą, wprowadzona do dwunastnicy w ilości 35 kropel, wywołuje wydzielanie żółci ilościowo zbliżone do wydzielania po roztworze siarczanu magnezowego.

Średnie wartości wynoszą tu w ciągu 30 minut 41 cm³. Uwzględniając jednak, że wbrew twierdzeniu innych — olejek kamforowy z miętą w naszych przypadkach nie wywoływał opróżniania się pęcherzyka żółciowego, należy przypuszczać, że jest on silniejszym bodźcem dla wydzielania soku trzustkowego, niż nawet siarczan magnezu.

Dok. nast.

Dr. H. MEISEL. Lwów.

Schorzenia porażenne przy szczepieniu przeciw wściekliźnie.

Z państwowego Zakładu Higjeny — Filja we Lwowie.
Kierownik: Doc. Dr. Napoleon Gąsiorowski.

Sprawa bliższego poznania i wyjaśnienia objawów porażennych, występujących u osób szczepionych przeciw wściekliźnie niezbyt rzadko w czasie szczepienia, względnie tuż po jego ukończeniu jako zagadnienie, którego wytłumaczenie dotychczas nie wychodzi poza granice hipotez, pozostaje od lat 40 tematem stałego zainteresowania się świata naukowego.

Schorzenia porażenne były już znane Pasteurowi, któremu po raz pierwszy doniosła o nich stacja Pasteurowska w Barcelonie w roku 1887, a więc niespełna 2 lata po wprowadzeniu szczepień ochronnych. Z tą datą rozpoczyna się okres dociekań, co jest właściwie przyczyną form porażennych, pojawiających się u osób szczepionych przeciw wściekliźnie. Na tem tle wyrasta szereg hipotez, w których jedni dopatrują się przyczyny porażeń w działaniu jadu ulicznego, osłabionego szczepieniem, drudzy w działaniu jadu ustalonego pod postacią zakażenia względnie zatrucia, a wreszcie wyłania się grupa zwolenników, dopatrująca się przyczynowego związku w cytotoksycznem działaniu tkanki nerwowej zawartej w szczepionce.

Pasteur opierając się na licznych spostrzeżeniach przyjął stanowczo, iż szczepienie przeciw wściekliźnie jadem ustalonym jest dla człowieka nieszkodliwem. Porażenia zdaniem jego są objawem histerji, a w nielicznych tylko przypadkach łagodniejszą formą wścieklizny, która dzięki tylko szczepieniu nie przyjęła typowego charakteru ostrego. W tych więc przypadkach, zwanych przez Pasteura *fausse rage*, jad uliczny pozostaje w przyczynowym związku z chorobą.

Stanowisko Pasteura w całej osnowie przyjęli Laveran, Ivo-Nowi, Zaccaria, Daddi, Roux, Brouardel, Chaillaud, Krajuszkin, Brault, Calabrese, Oczesalski, Higier i inni. Jak z monografji Mariego widzimy, zwolennicy poglądu Pasteura podnoszą pojawienie się bólu w miejscu uleczonego urazu, doznanego przy pokąsaniu, (Roux, Chantemesse) następnie znikanie gorączki, ogólnego osłabienia, niemożności oddawania moczu, bolesnych kurczów mięśni karkowych po zastosowaniu nowej serji dawek szczepionki (Novi, Popi, Roux), jako dowody przemawiające za tem, iż jad uliczny jest przyczyną form porażennych, które jad ustalony usuwa.

Niemal równocześnie podnosza się głosy przeciwko zapatrywaniom szkoły Pasteura i występuje szereg badaczy, którzy przyczyny form porażennych dopatrują się jużto w zakaźnem, jużto w intoksykacyjnem działaniu jadu ustalonego.

I tak w roku 1889 Bareggi miał wykazać jad ustalony w rdzeniu 5 osób szczepionych i zmarłych wśród objawów wodowstrętu porażennego. Podobnie Franca drogą przeszczepienia na króliki wykazał obecność *virus fixe*, w płynie mózgowo-rdzeniowym osoby, u której w czasie szczepienia wystąpiły objawy porażenia poprzecznego. Kozewałow u królików szczepionych rdzeniem osoby zmarłej wśród objawów porażennych stwierdza typowe działanie jadu ustalonego, wreszcie Papamarku na podstawie dat statystycznych instytutu berlińskiego od roku 1898 do roku 1918 dochodzi do przekonania, iż w przypadkach, w których używa się większych dawek i świeższej zawiesiny pojawiają się częściej objawy porażenne.

Przeciwko zapatrywaniom, iż jad ustalony może wywołać zakażenie organizmu ludzkiego przemawiają wyniki badań samego Pasteura, a za nim wyczerpujące doświadczenia wykonane na ludziach przez Nitscha, Pröschera i Marxa. Wymienieni badacze zgodnie stwierdzają, że jad ustalony wstrzyknięty podskórnie lub śródmięśniowo nawet we większych ilościach jest nieszkodliwym. Za słusznością powyższej tezy przemawia również bogata statystyka przypadków szczepionych metodą Högyesa, przy której mimo zastosowania żywego i nieosłabionego *virus fixe* objawy porażenne zdarzają sie w niezwykle małej ilości (1:17.000).

Podobnie jak Bareggi również i Babes wyklucza jakikolwiek wpływ jadu ulicznego, jak również zakażanie jadem ustalonym, a natomiast formy porażenne uważa jako zatrucie produktami toksycznemi *virus fixe*. Z zapatrywaniem tem wystąpił on już w roku 1887, a z biegiem czasu stara się je wzmocnić dowodami

opierając się na następujących spostrzeżeniach: porażenia pojawiają się tylko u osób szczepionych a nigdy u nieszczepionych, następnie porażenia mogą wystąpić u osób szczepionych, a niepokąsanych względnie pokąsanych przez zwierzęta zdrowe, wreszcie u osób szczepionych zabitym *virus fixe*, czyli w ten sposób wbrew poprzedniin teorjom, Babes wyklucza przyczynowy związek jadu ulicznego i zakażenie jadem ustalonym. Za intoksykacją przemawia niezwykle szybki rozwój objawów porażennych i ujemny wynik doświadczeń na zwierzętach zaszczepionych śliną, mózgiem i rdzeniem osób zmarłych przy formie porażennej.

Obecność ciała działającego toksycznie stara się Babes wykazać drogą doświadczalną. Na dowód, iż toksyna taka istnieje przytacza szereg doświadczeń, w których króliki zaszczepione zawiesiną z zabitego jadu ustalonego lub przesączem przez sączek porcelanowy, tracąc na wadze ginęły wśród objawów porażennych *(lyssa consumptiva)*. Ciało odpowiadające danej toksynie, ktore u królika wywołuje objawy *„lyssa consumptiva"* miał otrzymać drogą dializy lub działaniem alkoholu z mózgu zakażonego królika.

Teorja intoksykacyjna pozornie silnie ugruntowana dowodami samego Babesa, a następnie przez Gonzales, Sabarthres, Marxa i i. musiała z natury rzeczy wywołać żywą dyskusję wśród badaczy zajmujących się tą sprawą. Obok Goldberga, Higiera, Oczesalskiego i Lubińskiego, którym udało się w rdzeniu zmarłych osób dotkniętych porażeniem wykazać jad uliczny, jednym z najpoważniejszych przeciwników Babesa jest J. Koch.

Dla wyjaśnienia zawiłego i niejasnego zagadnienia Koch obiera drogę eksperymentalną jako jedynie wskazaną i dochodzi do wniosków potwierdzających zapatrywania szkoły Pasteurowskiej. Pewne zmiany, jakie tu wprowadza polegałyby na tem, że zdaniem jego jad uliczny nietylko dzięki szczepieniu ulega osłabieniu, ale sam jako taki pod wpływem bliżej nieznanych czynników może się stać mniej zjadliwym, słabszym i wywołać atypową, poronną formę wścieklizny *(lyssa abortiva)*.

U zwierząt (psy, króliki, ptactwo) zaszczepionych jadem ulicznym lub ustalonym (króliki) zauważył niejednokrotnie uleczalną wściekliznę z objawami poprzecznego porażenia jako formę poronną. Opierając się na tem spostrzeżeniu, mimo ostrego sprzeciwu Babesa, iż podobnych form poronnych nie spotyka się po zakażeniu drogą naturalną (pokąsanie), Koch przyjmuje jako zupełnie logiczne, iż podobnie jak u zwierząt szczepionych, również i u człowieka pokąsanego i zakażonego słabszym jadem ulicznym może wścieklizna rozwinąć się jako schorzenie poronne z objawami porażennemi.

W dalszym ciągu przytacza, iż niekiedy u osób ze zmianami porażennemi występuje ślinotok, kurcze mięśniowe, utrudnione przełykanie, a nawet ataki szału, słowem objawy przypominające typową wściekliznę.

Głównym argumentem, na którym Koch opiera swoje stanowisko było stwierdzenie jadu wścieklizny ulicznej w rdzeniu osoby zmarłej po dłużej trwającem porażeniu poprzecznem.

Przypadki przytoczone przez Babesa, jakoby formy porażenne mogły występować u osób szczepionych, a pokąsanych przez zwierzęta zdrowe, zdaniem Kocha nie są przekonywujące, ponieważ z jednej strony może u zwierzęcia zachodzić poronna forma wścieklizny, z drugiej zaś ujemny wynik badania mózgu zwierzęcia na ciałka Negriego jak również ujemny wynik przeszczepienia nie wyklucza wścieklizny u badanego zwierzęcia.

Na podstawie powyższych dat, jak również na podstawie zmian zwyrodnienia komórek nerwowych w rdzeniu, które histologicznie stwierdzał u zwierząt zakażonych, Koch przedstawia sobie mechanizm zakażenia w sposób następujący: jad wścieklizny zawsze atakuje najpierw rdzeń, umiejscawiając się przeważnie w części jego lędźwiowej, a czasem tylko w szyjnej, jako w tak zwanych punktach doborowych. O ile jadowitość jadu jest dostatecznie silną przechodzi on na ośrodki mózgowe wywołując ostrą wściekliznę, w przeciwnym zaś razie działanie jadu wścieklizny ogranicza się do rdzenia, powodując objawy porażenne czyli poronną postać wścieklizny.

Reasumując widzimy, że J. Koch uważa postacie porażenne występujące u osób szczepionych jako poronną formę wścieklizny, przyczem wyklucza on tu wszelkie intoksykacyjne działanie szczepionki. Początkowo przyczyny porażeń dopatruje się tylko w działaniu jadu ulicznego, a dopiero wobec wyżej przytoczonego przypadku Franca przyjmuje, jakkolwiek z wielkiemi zastrzeżeniami, że i jad ustalony drogą zakażenia może wywołać objawy porażenne.

W dyskusji tej nie można pominąć milczeniem faktów, na jakie dodatkowo Koritschoner i Schweinburg zwracają uwagę, mianowicie, że objawy obserwowane u porażonych jak ślinotok, kurcze i t. d. mogły być wywołane powstaniem zmian ogniskowych w ośrodkach nerwowych. Również obecność jadu ulicznego w rdzeniu lub mózgu osób porażonych nie dowodzi jeszcze przyczynowego związku z chorobą. Paltaufowi udało się wykryć jad uliczny w ośrodkach nerwowych osób pokąsanych, a zmarłych w czasie szczepienia na inne przypadkowe schorzenie bez najmniejszych objawów wodowstrętu.

Jak widzimy dowody przytaczane tak ze strony zwolenników dopatrujących się przyczyny schorzeń porażennych w zakażeniu jak również zwolenników drogi intoksykacyjnej nie wyjaśniają dostatecznie istoty rzeczy. Tak jedni, jak drudzy podają fakta przemawiające silnie za i przeciw. Zrozumiałem jest więc, jeśli na tem tle niektórzy jak Simon zajmują stanowisko pośrednie, przyjmując tak zakażenie jak i intoksykację jako czynnik działający, jak również jeśli równocześnie wśród tego chaosu wyłania się poważna grupa badaczy, odrzucająca jakikolwiek wpływ jadu wścieklizny, a dopatrująca się przyczyny tylko w cytotoksycznem działaniu tkanki nerwowej zawartej w szczepionce.

Marie, posługując się techniką Babesa, przekonał się, że u królików szczepionych prawidłową tkanką mózgową mogą wystąpić również objawy porażenne, a w dalszym ciągu typowa *„lyssa consumptiva"*. Na podstawie tego Marie wyklucza więc działanie swoistej toksyny, zawartej zdaniem Babesa w zawiesinie jadu ustalonego, a przyjmuje, że zjawisko to jest następstwem cytotoksycznego działania normalnej tkanki nerwowej.

W ostatnich latach do tego samego wniosku doszli Koritschoner i Schweinburg. Zachęceni wynikami ogłoszonemi przez Rochaix i Daranda, Joannowicza i Příbrama w sprawie cytotoksycznego działania tkanki nerwowej szczepili króliki podskórnie jałowym rdzeniem ludzkim zachowując ścisłe dawkowanie według metody Pasteura lub Babesa stosowanej u ludzi. Na 76 królików 16 uległo porażeniu. Zdaniem ich nie ulega więc wątpliwości, iż czynnikiem działającym jest tutaj tkanka nerwowa jako taka. Szczególniejszą uwagę zwracają na ilość wprowadzonej tkanki nerwowej, a jako dowód przytaczają, że na 56 królików szczepionych prawidłowym rdzeniem ludzkim przy zachowaniu dawkowania Högyesa u żadnego nie wystąpiły objawy porażenne.

Wśród 2.000 osób szczepionych metodą Pasteurowską, badanych po ukończeniu szczepienia w znacznym odsetku przypadków wykazali słabsze lub silniejsze niedomagania (osłabienie, ból głowy, bezsenność, bóle w kończynach, pewne jak gdyby utrudnienie w oddawaniu moczu, pewne zmiany odruchowe i czuciowe). Wszystkie te zaburzenia, których najsilniejszym wyrazem jest porażenie poprzeczne rdzenia, zszeregowują do jednego typu, wywołanego tą samą przyczyną t. j. trującem działaniem obcej tkanki nerwowej na komórki nerwowe. Prawdopodobnie czynnikiem działającym są tutaj połączenia tłuszczowe zawarte w tkance nerwowej, za czem przemawiałoby niepojawianie się zmian porażennych przy metodzie Alivisatosa, polegającej na zastosowaniu wielkich dawek mieszanki z mózgu poddanego działaniu eteru.

Podobnie jak wszyscy niemal badacze, a w szczególności Remlinger, Heyman, Babes, Palmirski i Karłowski, Sterling, zwracający uwagę na fakt, że występywanie schorzeń porażennych przy szczepieniu przeciw wściekliźnie pozostaje w zależności od pewnych wrodzonych, czy też nabytych czynników usposabiających i u osób z natury wrażliwych, pracujących umysłowo, neurasteników, alkoholików, następnie u osób po większym wysiłku fizycznym nawet przy zastosowaniu słabych dawek szczepionki zjawia się znacznie częściej, aniżeli u innych, również Koritschoner i Schweinburg wielkie znaczenie przypisują czynnikom usposabiającym, przy których układ nerwowy ulega łatwiej cytotoksycznemu działaniu.

Obok spostrzeżeń opartych na ścisłych doświadczeniach wypada nadmienić i niektóre inne daty zebrane na podstawie dotychczasowych wyników. Jak już powyżej wspomniano, przy zastosowaniu szczepionki Högyesa, zawierającej nieznaczną ilość tkanki nerwowej przypadki porażenne należą do wyjątków (1:17.000). Podobnie przy użyciu szczepionki, wyrabianej w pracowniach bakterjologicznych „Mulford" w Pensylwanji, zawierającej w dawce tkankę nerwową w ilości o połowę mniejszej, aniżeli w dawce przy szczepionce Pasteurowskiej, dotychczas nie zanotowano żadnego przypadku porażennego. Dzięki tak pomyślnym wynikom obecnie przejawia się pewna dążność do zmniejszenia ilości dawek i ilości tkanki nerwowej w poszczególnej dawce, wprowadzonej do organizmu szczepionego.

Zdawałoby się więc, że teorja Mariego najbardziej zbliża się do rozwikłania sprawy, tymczasem po bliższem rozpatrzeniu dostrzega się tu pewne cienie, których niemożna pominąć milczeniem. Już sama technika doświadczeń Koritschonera i Schweinburga nasuwa poważne wątpliwości. Przy szczepieniu królików prawidłową tkanką nerwową używali dawek stosowanych u ludzi, a więc niezwykle wielkich w stosunku do wagi ciała zwierzęcia. Następnie jak sami podają objawy porażenne zauważyli również u królików, szczepionych zawiesiną sporządzoną z mięśni. Zjawisko, którego bliżej wytłumaczyć nie mogą, świadczy za tem, iż nietylko obca tkanka nerwowa, ale i inne tkanki mogą wywołać te same zmiany w ogniskach układu nerwowego. Również ci sami autorowie nie wnikając w istotę rzeczy podnoszą niezwykle znamienny szczegół, przemawiający przeciwko cytotoksycznemu tylko działaniu tkanki nerwowej. Mianowicie jak ze statystycznego zestawienia wiedeńskiej stacji Pasteurowskiej wynika, na 7.632 osób szczepionych metodą Pasteurowską, w czasie od roku 1894 do roku 1914 włącznie brak zupełny przypadków porażennych, podczas gdy na 6.764 osób szczepionych tym samym jadem, ustalonym w czasie od roku 1915 do roku 1923 zanotowano 39 przypadków. Mimowoli nasuwa się więc znów pytanie, czy obok momentów usposabiających, a wywołanych długim okresem wojny nie należy tutaj szukać przyczyny i w samym jadzie ustalonym, który — na co Bujwid zwraca uwagę — po

dłuższym okresie czasu ma ulegać pewnym zmianom i dawać większy odsetek schorzeń porażennych u osób szczepionych.

W ten sposób przedstawiałby się ogólny obraz dotychczasowych dociekań zmierzających do wyświetlenia zawiłej sprawy powstawania zmian porażennych u osób szczepionych przeciw wściekliźnie. Jak widzimy, ani drogą rozumowania opartego na spostrzeżeniach, ani też drogą doświadczalną do dzisiejszego dnia nie udało się wykryć istotnej przyczyny i pozostajemy nadal w obrębie domniemań i teorji.

Statystyka przypadków porażennych, występujących przy częściej używanych metodach szczepienia przeciw wściekliźnie przedstawia się następująco:

przy metodzie H ö g y e s a na 51.417 osób szczepionych przypadają 3 przypadki porażenne t. j. 0.058‰ (Simon);

przy klasycznej metodzie Pasteurowskiej na 32.676 osób szczepionych przypada 6 przypadków porażennych t. j. 0.18‰ (Simon);

przy metodzie B a b e s a na 6.525 osób szczepionych przypada 8 przypadków porażeń t. j. 1.22‰ (Simon);

przy wzmocnionej metodzie Pasteurowskiej na 8.657 osób szczepionych przypada 16 przypadków porażeń t. j. 1.84‰ (Simon);

przy wzmocnionej metodzie Pasteurowskiej na 14.396 osób szczepionych przypada 39 przypadków porażeń t. j. 2.7‰ (Koritschoner i Schweinburg).

Statystyka ogólna bez względu na metodę szczepienia zebrana przez S i m o n a wykazuje do roku 1911 na 211.744 osób szczepionych 103 przypadki porażenne t. j. 0.48‰. Liczba ta według obliczeń P e l s e r a jest znacznie wyższa i wynosi 0.77‰, ponieważ poza 103 przypadkami Simona udało mu się wyszukać w literaturze do roku 1911 jeszcze 60 przypadków nieznanych S i m o n o w i. Daty podane właściwie nie mają większego znaczenia, ponieważ, obejmując wszystkie metody razem nie wyjaśniają istotnego stanu rzeczy.

Co do objawów klinicznych, jak podaje S i m o n schorzenia porażenne przy szczepieniu przeciw wściekliźnie występują głównie pod postacią niedowładu nerwu twarzowego, następnie porażenia poprzecznego z utrudnieniem oddawania moczu i stolca, wstępującego porażenia rdzenia typu Landryego, wreszcie pod postacią porażeń rozsianych. Mniej więcej te same objawy stwierdzają i inni autorowie, a P e l s e r zwraca uwagę jeszcze na możność pojawiania się zaburzeń psychicznych.

S t e r l i n g dzieli przypadki porażenne klinicznie na 4 grupy:

1) zapalenie rdzenia grzbietowo-lędźwiowego z zajęciem opon, z ewentualnem przejściem na szyjny odcinek rdzenia i niezmiernie częstem zajęciem obu nerwów twarzowych;

2) porażenie opuszkowe;

3) zapalenie nerwów;

4) postacie poronne z porażeniem nerwu twarzowego lub okoruchowego.

Na podstawie przypadków zebranych z literatury S i m o n podaje, że pierwsze objawy chorobowe pojawiają się najczęściej w czasie szczepienia, a niekiedy tylko po ukończeniu szczepienia i to najpóźniej w 7 dni po ostatniej dawce.

Co do rokowania w przypadkach porażennych zauważa się silne wahania. Jedni jak K o c h, S t e r l i n g podnoszą, iż schorzenia porażenne po krótszym lub dłuższym okresie czasu kończą się pomyślnie. Względnie dobre rokowanie przypisuje porażeniom P e l s e r, obliczając ogólnie śmiertelność do 13%. Tylko porażenia wstępujące, zdaniem jego kończą się w 50% przypadków niepomyślnie. Najgorzej przedstawia się ta sprawa w zestawieniu S i m o n a. Według niego rokowanie jest zawsze niepewne, groźne przy porażeniach poprzecznych, a zupełnie niepomyślne przy porażeniach wstępujących. Z jego obliczeń średnia śmiertelność dochodzi do 22.6%, zbliżony odsetek śmiertelności t. j. 20.5% podają K o r i t s c h o n e r i S c h w e i n b u r g.

W oddziale Pasteurowskim Państwowego Zakładu Higieny we Lwowie od roku 1919 do końca marca 1925 r. przy zastosowaniu wzmocnionej metody Pasteurowskiej [1]) stwierdzono następujące przypadki porażenne:

1) A. Ł., lat 30., żona rolnika; 6. X. 1921 pokąsana przez psa podejrzanego o wściekliznę; pokąsanie średniego stopnia lewego przedramienia; 8. X. pierwsza dawka; 18. X. pierwsze objawy chorobowe; 21. X. przerwano szczepienie; rozpoznanie na Oddziale chorób nerwowych Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie: zapalenie nerwów **(polyneuritis)**. 15. XI. 1921 opuściła szpital ze znacznem polepszeniem. (Oddz. Past. P. Z. H. L. pr. 1053/21).

2) A. K., lat 26, urzędniczka; 1. V. 1922 pokąsana przez wściekłego psa; Negri dodatni. Pokąsanie ciężkiego stopnia podudzia prawego; 15. V. 1922 pierwsza dawka; 1. VI. pierwsze objawy chorobowe; szczepienia nie przerwano; rozpoznanie na Oddziale chorób nerwowych Państw. Szpit. powsz. we Lwowie niedowład nerwu twarzowego *(paresis n. facialis)*. Wyleczona opuściła szpital. (Oddz. Past. P. Z. H. L. pr. 806/22).

3) M. K., lat 43., budowniczy; 21. VIII. 1922 pokąsany przez psa wściekłego: Negri dodatni; pokąsanie ciężkiego stopnia na przedramionach, ramionach po pr. stronie tułowia, i na lewej nodze; 22. VIII. 1922 pierwsza dawka; 6. IX. pierwsze objawy chorobowe; szczepienia nie przerwano; rozpoznanie na Oddziale wewn. I. Państw. Szpit. powsz. we Lwowie niedowład nerwu twarzowego *(paresis n. facialis)*. 13. XI. opuścił szpital ze znacznem polepszeniem. (Oddz. Past. P. Z. H. L. pr. 1536/22).

4) J. T., lat 23., córka inżyniera; 1. II. 1923 pokąsana przez psa własnego; pokąsanie lekkiego stopnia ręki prawej; 3. II. pierwsza dawka; 14. II. pierwsze objawy chorobowe; szczepienie przerwano; rozpoznanie Oddz. chor. nerw. Państw. Szpit. powsz. we Lwowie: ostre wstępujące zapalenie rdzenia. *(myelitis acutissima ascendens)*. 29. III. 1923 opuściła szpital w stanie znacznego polepszenia. (Oddz. Past. P. Z. H. L. pr. 185/23).

U psa wystąpiły 3. II. 1923 objawy porażenne odnóży i ślepota. Po kilku dniach objawy porażenne znikły, badaniem dna oka rozpoznano krwotoczne zapalenie siatkówki. W tym stanie psa zabito. Badanie mikroskopowe mózgu na ciałka Negriego dało wyników posoczniczy. Wobec tego rozpoznania wścieklizny u psa niewów posoczniczy. Wobec tego rozpoznania wścieklizny u psa nieustalono.

5) J. P., lat 12., syn rolnika; 22. II. 1923 pokąsany przez psa wściekłego; Negri dodatni; pokąsanie średniego stopnia piątego palca ręki lewej i pierwszego palca ręki prawej; 26. II. pierwsza dawka; 13. III. pierwsze objawy chorobowe; szczepienia nie przerwano; rozpoznanie Oddz. chor. nerw. Państw. Szpit. powsz. we Lwowie zapalenie poprzeczne rdzenia *(myelitis dorso — lumbalis)*, 25. III. 1923 opuścił szpital w stanie znacznego polepszenia. (Oddz. Past. P. Z. H. L. pr. 282/23).

6) J. G., lat 65., sędzia; 22. VIII. 1923 ośliniony po rękach przez psa wściekłego: Negri dodatni; 28. VIII. pierwsza dawka; leczenie ukończono; kilka dni po ukończeniu szczepienia według dat podanych przez lekarza ordynującego wystąpiły objawy poprzecznego zapalenia rdzenia *(myelitis dorso — lumbalis)*: po krótkim czasie chory powrócił do zdrowia (Oddz. Past. P. Z. H. L. pr. 1586/23).

7) W. S., lat 56., robotnik; 2. V. 1924 pokąsany przez psa podejrzanego o wściekliznę; pokąsanie średniego stopnia ręki lewej; 8. V. pierwsza dawka; 23. V. pierwsze objawy chorobowe; szczepienie przerwano; rozpoznanie Pawilonów zakaźnych Państw. Szpit. powsz. we Lwowie, niedowład kończyn dolnych. (brak bliższych dat); po kilku dniach opuścił szpital w stanie znacznego polepszenia. (Oddz. Past. P. Z. H. L. pr. 701/24).

8) A. O., lat 36., adwokat; około 10. VIII. 1924 ośliniony przez psa wściekłego; Negri dodatni; 13. VIII. pierwsza dawka; 26. VIII. szczepienie ukończono; 27. VIII. pierwsze objawy chorobowe; rozpoznanie lekarza ordynującego: zapalenie poprzeczne rdzenia *(myelitis dorso — lumbalis)*; po kilku tygodniach zupełne wyleczenie. (Oddz. Past. P. Z. H. L. pr. 1304/24).

9) K. W., lat 25, urzędniczka; 4. IV. 1924 ośliniona przez psa, u którego drogą obserwacji stwierdzono wściekliznę; 10. IV. pierwsza dawka; 23. IV. leczenie ukończono; 24. IV. pierwsze objawy chorobowe; rozpoznanie Oddz. chorób nerw. Państw. Szpit. powsz. we Lwowie zapalenie poprzeczne rdzenia *(myelitis dorso — lumbalis)*. Chora zmarła 14. XI. 1924.

Rozpoznanie sekcyjne w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. K. z dnia 15. XI. 1924.:

Dermatitis e combustione (III. gradus) mesogastrii sinistri. Leptomeningitis, fibrosa lob. front. Bronchopneumonia dispersa pulmonis utriusque. Oedema aditus ad laryngem. Tracheo — bronchitis chronica. Ecchymoses subpleurales et subepicardiales. Dilatatio cordis praecipue dextri. Hyperaemia passiva organorum. Degeneratio adiposa hepatis, renum et myocardii. Tumor lienis acutus. Meteorismus majoris gradus. Thymus persistens.

Ciałek Negriego nie stwierdzono; ogniska rozmiękczynowe głównie w sznurach bocznych rdzenia. Rdzeń i mózg przeszczepiono na króliki z ujemnym wynikiem. (Oddz. Past. P. Z. H. L. pr. 1642/24).

10) J. S., lat 44., zarządczyni folwarku; 3. X. 1924 pokąsana przez psa podejrzanego o wściekliznę; pokąsanie średniego stopnia trzeciego palca ręki prawej; 2. XI. pierwsza dawka; 13. XI. pierwsze objawy chorobowe; leczenie przewano; Rozpoznanie Oddz. chor. nerw. Państw. szpit. powsz. we Lwowie: zapalenie nerwów *polyneuritis)*; 18. I. 1925 opuściła szpital jako wyleczona. (Oddz. Past. P. Z. H. L. pr. 1749/24).

W powyżej więc przytoczonym okresie czasu liczba schorzeń porażennych w naszym Zakładzie dochodzi do dziesięciu przypadków t. j. do 1.19‰ na 8.365 osób szczepionych.

Porównywując przypadki porażenia przy rozmaitych metodach szczepienia widzimy, że liczba ich w odsetkach wynosi:

Przy wzmocnionej metodzie Past. według Koritschonera i Schweinburga	2·7 ‰
Przy wzmocnionej metodzie Past. według Simona	1·84 ‰
Przy metodzie Babesa według Simona	1·22 ‰
Przy wzmocnionej metodzie Past. w P. Z. H. we Lwowie	**1·19 ‰**
Przy klasycznej „ „ według Simona	0·18 ‰
Przy metodzie Högyesa według Simona	0·058‰

---

[1]) Do szczepienia używano stale rdzeni 4. 3, 2 dni suszonych nad ługiem potasowym, a w ciężkich przypadkach i rdzeni 1 dzień suszonych, w ilości 0·5 na dawkę według przyjętego wzorca. Okres szczepienia trwał 14 lub 21 dni zależnie od stopnia pokąsania.

Odsetkowy stosunek przypadków porażennych u osób u nas szczepionych jest znacznie niższy, aniżeli w innych zakładach używających wzmocnionej metody Pasteurowskiej, a zbliża się mniej więcej do cyfry uzyskanej przy szczepieniu metodą Babesa. Znacznie natomiast lepsze wyniki pod tym względem daje klasyczna metoda Pasteurowska — przeważnie już zarzucona z powodu zbyt słabego działania uodparniającego — a bezsprzecznie najlepsze, metoda Högyesa.

Przypatrzmy się jeszcze niektórym szczegółom poruszanym w literaturze. Otóż co do wieku, daty nasze potwierdzają stanowisko innych autorów (Simon, Koritschoner i Schweinburg) mianowicie, że dzieci poniżej lat 12 ulegają stosunkowo rzadziej schorzeniom porażennym, aniżeli osoby dorosłe. Na 1.978 dzieci mamy tylko 1 przypadek porażenny czyli 0.5‰, natomiast na 6.387 szczepionych osób dorosłych liczba porażeń wynosi 9 t. j. 1.4‰.

O ile sprawa płci odgrywa tu jaką rolę, trudnem byłoby z zebranego materjału wysnuwać dalej idące wnioski. Wypada tylko zaznaczyć, że na 3.677 szczepionych mężczyzn przypada 4, a na 2.710 kobiet — 5 przypadków porażennych.

Bardziej jasno i interesująco przedstawia się odpowiedź na pytanie, o ile rodzaj pracy wpływa usposabiająco na rozwój schorzeń porażennych. Z obliczeń naszych wynika, że liczba osób szczepionych w tutejszym Zakładzie, zajmujących się rolnictwem, pracujących fizycznie jest przeciętnie pięciokrotnie wyższą od liczby osób pracujących umysłowo, natomiast na 10 naszych przypadków objawy porażenne wystąpiły tylko u 3 osób pracujących fizycznie, a u 7 pracujących umysłowo.

Na podstawie objawów klinicznych rozpoznanie opiewa:

niedowład nerwu twarzowego	2 razy
zapalenie nerwów	2 razy
niedowład kończyn dolnych	1 raz
zapalenie poprzeczne rdzenia	4 razy
ostre wstępujące zapalenie rdzenia	1 raz

Nasilenie objawów chorobowych w opisanych przypadkach nie pozostaje w zależności od stopnia pokąsania. Jak widzimy po pokąsaniu lekkiego stopnia w jednym przypadku, a tylko po polizaniu w trzech przypadkach (Lp. 4, 6, 8, 9,), stwierdzono poprzeczne zapalenie rdzenia i ostre wstępujące zapalenie rdzenia, podczas, gdy po dwukrotnie tylko notowanych urazach ciężkiego stopnia objawy chorobowe ograniczyły się na niedowładzie nerwu twarzowego. (Lp. 2, 3).

W dziewięciu przypadkach przebieg choroby był pomyślny. Po krótszym lub dłuższym okresie czasu osoby chore wróciły do zupełnego zdrowia. Jedyny tylko przypadek (9) zakończył się śmiertelnie, gdzie na podstawie obrazu sekcyjnego należałoby wykluczyć zmiany porażenne jako bezpośrednią przyczynę zejścia.

U zwierząt wchodzących tu w rachubę sześć razy ustalono rozpoznanie wścieklizny drogą obserwacji lub badaniem na ciałka Negriego. U trzech psów rozpoznanie wścieklizny było prawdopodobne. Jedynie przypadek czwarty nasuwa pewne wątpliwości, jakkolwiek i tutaj rozpoznanie wścieklizny u zwierzęcia nie jest wykluczone, mimo że objawy porażenne ustąpiły, ciałek Negriego w mózgu nie wykazano, a u królików szczepionych, padłych przedwcześnie wśród objawów posocznicowych nie rozwinęła się wścieklizna. Wobec tego trudno jest rozstrzygnąć, czy mamy tu do czynienia z poronną lub powrotną postacią wścieklizny, względnie ze zwierzęciem niezakażonem wścieklizną.

Pierwsze objawy porażenne w siedmiu przypadkach wystąpiły w okresie szczepienia mianowicie pomiędzy jedenastym a ośmnastym dniem szczepienia, dwukrotnie (przyp. 8, 9) w pierwszym dniu, a jeden raz (przyp. 6) kilka dni po ukończeniu szczepienia. Mimowoli więc zwraca uwagę, że we wszystkich przypadkach schorzenie rozpoczyna się w czasie szczepienia, względnie po upływie bardzo krótkiego czasu po ukończeniu szczepienia, tak jakby wprowadzenie szczepionki do organizmu pozostawało w pewnym związku z rozwojem zmian porażennych.

Spostrzeżenia zebrane z dotychczasowego materjału tutejszej Stacji Pasteurowskiej t. j. z dziesięciu nowych przypadków, w których przy zastosowaniu wzmocnionej metody Pasteurowskiej wystąpiły objawy porażenne, tworzą tylko dalszy ciąg faktów notowanych w odnośnem piśmiennictwie które nadal pozostawiają pod znakiem zapytania sprawę, czy zmiany porażenne są następstwem działania jadu ulicznego, czy też ustalonego względnie wprowadzonej do organizmu w czasie szczepienia obcej tkanki nerwowej.

Jakkolwiek liczba przypadków porażennych w tutejszym Zakładzie jest odsetkowo znacznie niższą od tejże w innych zakładach, stosujących wzmocnioną metodę Pasteurowską, mimo to wobec wyników uzyskanych przy niektórych innych metodach, które uodparniając równie silnie wykazują znacznie niższy odsetek porażeń, w Zakładzie tutejszym na miejsce wzmocnionej metody Pasteurowskiej wprowadzono szczepionkę, używaną w pracowniach H. K. Mulford w Glenolden w Pensylwanji. Szczepionka ta zawiera zabity jad ustalony, a ilość suchej tkanki nerwowej w jednej dawce wynosi 0'01 gr. czyli o połowę mniej, aniżeli w dawce Pasteurowskiej. Sposób przyrządzenia tej szczepionki jest nadzwyczaj łatwy, oznaczenie ilości tkanki nerwowej bardzo dokładne, zastosowanie w praktyce wobec jednakowych dawek niezwykle proste, a z powodu zużycia nie tylko rdzenia, lecz także mózgu królika szczepionka ta jest znacznie ekonomiczniejszą, aniżeli Pasteurowska. Jako jedną z bardzo ważnych jej zalet podnieść należy, iż przez 6 miesięcy pozostaje czynną, a tem samem nadaje się do wysyłki i zastosowania jej poza obrębem stacji Pasteurowskiej.

Liczba osób szczepionych dotychczas (od 1 kwietnia 1925 do 31 października 1925) w tutejszym Zakładzie metodą „Mulford" wynosi narazie 920, przyczem nie notowano żadnego przypadku wścieklizny, ani też nie zauważono u nikogo pojawienia się choćby najlżejszych zmian porażennych. Ostatecznie wnioski w tym kierunku będzie można wysnuć w przyszłości dopiero na podstawie większego materjału.

Piśmiennictwo:

1) Babes: Ztschrft. f. Hyg. u. Infkt. Bd. 65. 69. Ztschrft. f. Immun. II. T. Refer. Bd. I. 1909. Virchows Archiv. Bd. 110. Centralbl. f. Bakt. I. orig. Bd. 27. — 2) Bujwid Przegl. lek. 1913. — 3) Forschbach: Centralbl. f. Bakt. I. Refer. Bd. 71. pag. 393. — 4) Franca: Centralbl. f. Bakt. I. orig. Bd. 55, 57. — 5) Gąsiorowski: Polska Gaz. Lek. T. IV. 1925. — 6) Koch: Kolle-Wassermann Bd. VIII. 1913.. Ztschrift. f. Hyg. u. Infkt. Bd. 64, 67. Centralbl. f. Bakt. I. orig. Bd. 64. — 7) Koritschoner i Schweinburg: Ztschrft. f. Immun. Bd. 42. — 8) Kozewałow: Centralbl. f. Bakt. I. orig. Bd. 57, 73. — 9) Lubiński: Centralbl. f. Bakt. I. orig .Bd. 85. — 10) Marie: Kraus-Levaditi. Handbuch d. Technik. u. Methodik d. Immun. — 11) Marx: Die experiment. Diagnostik, Serumtherapie etc. 1914. — 12) Nitsch: Wien. klin. Wochenschrift. 1904. Nr. 36., Centralbl. f. Bakt. I. orig. Bd. 42. 43. — 13) Papamarku: Ztschrft. f. Hyg. u. Infkt. Bd. 86. — 14) Pelser: Ztschrft. f. d. ges. Neurologie u. Psych. Ref. Bd. 22. 1920. — 15) Simon: Centralbl. f. Bakt. I. orig. Bd. 68. — 16) Sterling: Neurologia Polska. T. III. 1913.

Jan MYDLARSKI. Warszawa.

Zagadnienia konstytucjonalizmu w świetle antropologji.

Badania lekarskie stwierdzają zgodnie, że istnienie związku między pewnemi zespołami cech morfologicznych, a dyspozycjami patologicznemi nie ulega wątpliwości.

Dla szeregu chorób ustala się dzisiaj pewne typy budowy fizycznej, posiadające określone dyspozycje chorobowe, które ujmujemy mianem typów konstytucjonalnych. Niestety jednak ustalanie tych typów praktykowane w medycynie, pozostawia jeszcze dużo do życzenia. Stosowanie metod na subjektywnem wrażeniu opartych, określanie typów na podstawie nielicznych seryj spostrzeżeń przy nieuwzględnianiu metod indukcji statystycznej, nieliczenie się z zmianami powodowanemi oddziaływaniem środowiska, ani z konsekwencjami różnic rasowych, doprowadza — jak to słusznie podnosi prof. Czekanowski[1]) — do stworzenia całej nowej terminologji ujmującej typy konstytucjonalne, nienawiązywane do żadnych znanych nam pozatem pojęć, a swą powierzchownością przypominające dyskusje nad teorją Lobroso'a.

Zamiast żmudnej drogi ustalania typów konstytucjonalnych w oderwaniu od innych zjawisk, wydaje mi się dużo prostszym punktem wyjścia zbadanie, czy napotykane różnice w predyspozycjach patologicznych poszczególnych ludzi nie są odbiciem różnic rasowych między nimi, zmodyfikowanych ewentualnie wpływami środowiska, wieku i samych procesów chorobowych.

Za takiem postawieniem zagadnienia przemawiają fakty stwierdzające, że zróżnicowanie rasowe ludności obejmuje nie tylko różnice w budowie morfologicznej ale też fizjologiczne i psychiczne. Usprawiedliwionem jest zatem oczekiwanie zróżnicowania rasowego i pod względem patologicznym.

Pośrednich dowodów istnienia tych różnic dostarcza analiza procesów selekcyjnych. Przypatrzmy się bowiem faktom.

1. W roku 1914 zebrałem materjał antropologiczny z powiatu pilzneńskiego, obejmujący ludność męską różnego wieku[2]). W skład badanych wchodzili również poborowi. Przy bliższej analizie tego materjału okazało się, że wśród badanych będących w wieku 22—26 lat, w skład których weszli przedewszystkiem ci z poborowych, którzy w poprzednich latach zostali przez Komisję poborową zdyskwalifikowani jako niezdatni, uwydatnia się kombinacja cech charakterystycznych dla typu ω. A mianowicie wzrostu średniego, oczu dość jasnych, włosów ciemno-blond i szatynowych, krótkogłowości, długiej twarzy i wąskiego nosa. Młodsze roczniki natomiast nie wykazują tak wyraźnych zespołów cech charakterystycznych dla tego typu. Fakt ten pozwala nam przypuszczać, że typ ω w mniejszym stopniu dostał się do wojska, przedstawia zatem pod względem zdrowotnym mniej zdatny materjał. W starszych natomiast rocznikach (27—69 lat), następuje eliminacja typu ω a przesunięcie wskazuje na typ β i γ.

O intenzywności tego procesu selekcyjnego świadczą wielkości współczynników odchylenia współzależnościowego między wiekiem, a poszczególnemi cechami.

WIEK	C
Wzrost	0·1670
wsk. głowy	0·1565
„ nosa	0·1954
„ twarzy	0·1476
barwa włosów	0·2672
„ oczu	0·0632

2. Zgodnie z faktem powyższym pozostają wyniki ostatniego poboru (1925) na terenie tegoż powiatu. Najlepszego bowiem materjału poborowego dostarczyły gminy: Błażkowa, Dęborzyn, Dzwonowa, Grudna dolna, Łęki dolne i Pilzno (prócz żydów).

W mojem opracowaniu antropologicznem powiatu pilzneńskiego nie uwzględniłem jedynie gmin: Błażkowa i Grudna dol. Porównajmy przeto strukturę antropologiczną czterech pozostałych gmin z całością.

Tablica I.

Porównanie barwy oczu w pow. pilzneńskim.

Barwa oczu	Całość pow. pilznieńskiego	Dąborzyn, Dzwonowa, Łąki dolne, Pilzno
Piwne	24·6%	30·0%
Siwo-zielone	31·6%	18.6%
Niebieskie	43·7%	51·4%

Tablica II.

Porównanie barwy włosów w pow. pilzneńskim.

Barwa włosów	Całość pow pilznieńskiego	Dąborzyn, Dzwonowa, Łąki dolne, Pilzno
Brunet	14·9%	26·1%
Szatyn	30·4%	24·6%
Ciemno-blond	35·1%	34 8%
Blond	14·0%	7·2%
Popielato-blond	5·3%	7 2%
Rude	0 3%	0·0%

Tablica III.

Porównanie średnich wzrostu, kształtu twarzy, głowy i nosa w pow. pilzneńskim.

	Całość pow. pilznieńskiego	Dąborzyn, Dzwonowa, Łąki dolne, Pilzno
wsk. głowy	85·0	84·9
„ twarzy	86 4	84·4
„ nosa	63·0	64·7
Wzrost	164·3	165·4

Zestawienia powyższe wskazują, że gminy które dostarczyły najlepszego materjału poborowego odchylają się od ogółu ludności pow. pilzneńskiego, posiadają więcej oczu piwnych i niebieskich, więcej włosów ciemnych i popielato-blond, szersze twarze i nosy, nieco wyższy wzrost, nie różniąc się prawie zupełnie kształtem głowy.

Niewątpliwie mamy tu do czynienia z dwoma elementami antropologicznemi i to przedewszystkiem o wyraźnie szerszych twarzach i nosach aniżeli typ ω, który stanowi zasadnicze tło ludności tego powiatu.

3. Zupełnie analogiczne rezultaty daje materjał antropologiczny zebrany przez Minist. Spr. Wojsk. przy tegorocznym poborze na Śląsku i w Warszawie. Kategorje niezdatnych do wojska odchylają się od zdatnych posiadając bardziej okrągły kształt głowy, dłuższą twarz i węższy nos, a więc zespołem cech charakterystycznym dla typu ω. Zestawienie średnich podaje poniższa tabelka.

Tablica IV.

Porównanie zdatnych do wojska z niezdatnymi ze Śląska i Warszawy, (bez żydów).

	Warszawa		Śląsk	
	Kategorje zdatności		Kategorje zdatności	
	A	B—E	A	B—E
wsk. głowy	82·97	83·18	84·54	84 76
„ twarzy	84·89	86·40	84·55	85·95
„ nosa	65·21	64·83	70 75	68·79

4. Podobne rezultaty otrzymaliśmy analizując wyniki poboru z r. 1925 na terenie D. O. K. V. (Przemyśl). Obliczyłem mianowicie współczynniki spółzależności *(r)* między średniemi poszczególnych cech antropologicznych w 33 badanych powiatach, a t. zw. wskaźnikiem zdatności w tychże powiatach, ujmującym stosunek zdatnych do niezdatnych

$$\left(\text{wskaźnik zdatności I} = \frac{(A)}{(B) + (C) + (D) + (E)}\ 100\right).$$

Współczynniki te przedstawiają się następująco:

Tablica V.

Mierniki spółzależności między zdatnością, a cechami morfologicznemi.

wskaźnik zdatności z	r	wskaźnik zdatności z	r
wzrostem	— 0·61	wsk. twarzy	+ 0·04
wsk. głowy	— 0·47	wsk. nosa	+ 0·44

Wskazują one, że im średnia wzrostu jest większa tem niższy jest wskaźnik zdatności, a zatem gorszy materjał poborowy; podobnie gorszego materjału poborowego dostarczają powiaty, których ludność ma okrąglejszy kształt głowy (wyższy wskaźnik głowy) i węższy kształt nosa (niższy wskaźnik), natomiast średnie wskaźnika twarzy nie wykazują prawie zupełnie spółzależności. Co do tej ostatniej cechy, to świadczy to niewątpliwie o istnieniu na tym terenie elementów nieróżniących się zbytnio kształtem twarzy natomiast różniących się zdatnością do służby wojskowej, efektem ich oddziaływania jest zerowa wartość współczynnika.

5. Biorąc pod uwagę różnice antropologiczne między zdatnymi, a niezdatnymi do służby wojskowej, należało oczekiwać, że wyniki wojskowego zdjęcia antropologicznego, przynajmniej na terenie zachodniej Małopolski, gdzie zagadnienie to zostało dokładniej zbadane, powinny się różnić od wyników badań nad ludnością cywilną. Różnice te winny być zgodne z wyżej poznanemi faktami, t. zn. ludność cywilna winna posiadać więcej typu ω, zcharakteryzowanego przez krótszą głowę, węższą twarz i węższy nos niż badani żołnierze.

Zestawienie poniższe [3]) potwierdza słuszność naszych oczekiwań, przynajmniej na terenie dwóch zbadanych powiatów.

Tablica VI.

Porównanie ludności cywilnej z żołnierzami.

	Wsk. głowy		Wsk. twarzy		Wsk. nosa	
	ludność cywilna	żołnierze	ludność cywilna	żołnierze	ludność cywilna	żołnierze
Pilzno	84·98	83·75	86·42	84·10	62·98	66·85
Nowy Targ (górale)	85·73	84 96	90 08	83·70	60·94	69 44

Tak zgodne rezultaty osiągnięte na różnych populacjach, różnemi metodami, świadczą, że typy antropologiczne posiadając różną wartość selekcyjną muszą wykazywać zróżnicowanie pod względem patologicznym.

6. Poza temi dowodami pośredniemi możnaby przytoczyć i dowody bezpośrednie.

W jesieni roku bieżącego wspólnie z Dr. Ludwikiem Hirszfeldem, kierownikiem Państwowego Zakładu badania Surowic

w Warszawie, zbadaliśmy przeszło 1000 żołnierzy (rezerwistów) w wieku od 24 i 25 lat tak pod względem serologicznym, t. j. przynależności do poszczególnych grup krwi, jak też i odpornościowym na szkarlatynę (odczyn Dicka) i dyfteryt (odczyn Schicka). Na tych samych osobnikach dokonywane były pomiary antropologiczne. Odczyny skórne wykonywane przez p. Kaczyńskiego, badania przynależności do grup serologicznych przez p. W. Halberówne, zaś pomiary antropologiączne przez komisję M. S. Wojsk.

Nie przesądzając wyników szczegółowego opracowania zagadnień z badaniami powyższemi związanych, pragnę jednakowoż podkreślić dotychczasowe wyniki z antropologicznego punktu widzenia.

Z całego materjału, który jest pod względem przynależności terytorjalnej dość różnolity, wybrałem większą serje z Wołynia obejmującą 103 osobników. Po wyeliminowaniu wypadków znaczonych + oraz rzekomych ÷ i rzekomych —, obliczyłem współczynniki korelacji między reakcją na wyżej wymienione odczyny, a wzrostem i wskaźnikiem głowy. Rezultaty tych obliczeń zestawione są poniżej.

Tablica VII..

Mierniki współzależności miedzy odpornością, a wzrostem i kształtem głowy.

Odczyn Schicka		Odczyn Dicka	
wzrost	— 0·02	wzrost	+ 0·11
wsk. głowy	+ 0·20	wsk. głowy	+ 0·27

Liczby powyższe mówią, że im wyższy wzrost, tem więcej osobników posiada odczyn Schicka zerowy, zaś odczyn Dicka dodatni, im okrąglejszy kształt głowy, tem więcej osobników posiada odczyn tak Schicka jak i Dicka dodatni.

Wysokie współczynniki korelacji zwłaszcza z kształtem głowy, świadczą najwymowniej, że pod względem odporności na szkarlatynę i dyfteryt zachodzą różnice rasowe. Na razie trudno orzec z któremi elementami krótkogłowemi mamy tu do czynienia, gdyż na terenie Wołynia musimy się liczyć z dwoma elementami krótkogłowemi t. j. typem γ i δ. W każdym jednak razie wynik ten jest jeszcze jednym dowodem i to bezpośrednim, że w opracowywaniu zagadnień konstytucjonalizmu musimy się w pierwszym rzędzie liczyć z różnicami rasowemi pod względem predyspozycji patologicznych.

Piśmiennictwo:

1) Prof. Dr. J. Czekanowski: Co Polska traci skutkiem niedostatecznego uprawiania nauki. „Nauka Polska" Tom V. Warszawa 1925. — 2) Mydlarski Jan: Analiza antropologiczna ludności powiatu pilzneńskiego. Arch. Nauk. Lw. Tow. Nauk. Lwów 1924. — 3) Mydlarski Jan: Sprawozdanie z wojskowego zdjęcia antropologicznego Polski. „Kosmos" tom 50. zesz. II—III. Lwów 1925.

Dr. Tadeusz PAWLAS. Kraków.

Leczenie przymiotu preparatem arseno-bizmutowym „Bias".

W sprawie artykułu R. Bernhardta w Nr. 52. Pol. Gaz. L. r. 1925.

W wymienionej powyżej pracy streszcza Bernhardt przebieg i wyniki lecznicze, oraz działanie uboczne przy stosowaniu dożylnem osobnikom kiłowym preparatu arseno-bizmutowego „Bias", otrzymanego przez B. Hepnera, wykonanego w pracowni Państwowego Instytutu Higjeny, a stosowanego przez Bernhardta z dobremi wynikami w szptalu św. Łazarza w Warszawie.

Sprawozdanie Bernhardta jest opatrzone krótkim wstępem, w którym zaznacza zapatrywania Levaditiego w sprawie przewidywanej korzyści ewentualnego skojarzenia bizmutu z arsenem albo z rtęcią we wspólnem połączeniu chemicznem — poczem, zaznaczając, że podobne próby były robione przed kilku laty przez Ehrlicha bez uchwytnych wyników — przechodzi odrazu do swoich prób leczenia kiły preparatem „Bias". Robi to wrażenie, iż Bernhardt był pierwszym, który wprowadził w lecznictwie kiły preparat arseno-bizmutowy, posiadający według niego następujące własności: 1) niezatracenie własności leczniczych arsenobenzolu, 2) łatwe rozpuszczanie się w wodzie, 3) możliwość stosowania dożylnego, 4) brak działania trującego w klinicznem znaczeniu słowa.

Z tego też powodu przypominam, iż w Nrze 4. Przeglądu Dermatologicznego z r. 1924., zamieszczoną była moja praca p. t. „Próby leczenia kiły dożylnemi wstrzykiwaniami równoczesnemi soli bizmutowych i neosalwarsanu". Próby te były rozpoczęte jeszcze w roku 1923 (październik), a wyniki omówione przeze mnie na Zjeździe Dermatologicznym w Krakowie w czerwcu 1924 r., na posiedzeniu, na którem przewodniczył R. Bernhardt

Dotyczyły one leczenia dożylnego przymiotu preparatem pochodzącym ze skojarzenia wodnego roztworu novarsenobenzolu f. Spiessa z preparatem bizmutowym (luatol), któryto preparat posiadał wszelkie cechy odpowiadające wyżej wymienionym warunkom Bernhardta, był zaś wprowadzony w lecznictwo i ogłoszony znacznie wcześniej niż preparat otrzymany przez Hepnera.

Wyniki osiągnięte przeze mnie przy stosowaniu tego preparatu i opisane w wymienionej pracy tak pod względem ustępywania objawów klinicznych jak i oddziaływania na Odcz. Wassermanna nie były gorsze od wyników uzyskanych przez R. Bernhardta.

Kraków, dnia 6. stycznia 1926 r.

Dr. Robert BERNHARDT. Warszawa.

W odpowiedzi na notatkę Dr. T. Pawlasa w sprawie „Biasu" zaznacza się, że Bias bynajmniej nie jest mieszanką bizmutowo-arsenobenzolową typu mieszanek Linserowskich, ani nawet związkiem adsorbcyjnym, n. p. typu „Salluen" (Imhausen). Bias jest ściśle indywidualnem ciałem chemicznem o składzie stałym. Pod względem chemicznym jest to arsenobenzol bizmutowy, należący do tej samej kategorji związków, co arsenobenzol srebrowy Ehrlicha, lub też luargol i cupriluargol Danysza. Wzorów do zbudowania Biasu szukano w tych i podobnych preparatach, nie zaś w mieszankach roztworów wodnych. Co się tyczy drogi, prowadzącej do otrzymania Biasu, oraz własności chemicznych tego preparatu, to dane te można znaleźć w Wiadomościach Farmaceutycznych (1925), a także w pracy p. B. Hepnera, która ukaże się niebawem w Rocznikach Chemji, oraz w Archiv der Pharmacie. Dodać jeszcze trzeba, że własności biologiczne Biasu zostały dokładnie określone w szeregu doświadczeń na zwierzętach i że ustalono na podstawach ściśle naukowych dosis toxica, tolerata i curativa. Bias podlega kontroli państwowej, jak każda pochodna arsenobenzolu.

Z powyższych względów nie uważałem za wskazane, umieszczać w jednym rzędzie mieszanki chemicznych, związków adsorbcyjnych i Biasu. Dlatego też unikałem porównywania wyników leczniczych, a to tem bardziej, że Dr. T. Pawlas stosował głównie leczenie kombinowane: mieszankę luatolowo-salwarsanową dożylnie, luatol — domięśniowo (w drugiej serji doświadczeń). Pracę Dr. T. Pawlasa znałem doskonale i bynajmniej nie kwestjonuję Dr. T. Pawlasowi prawa pierwszeństwa w sprawie wprowadzenia do lecznictwa przymiotu mieszanki luatolowo-salwarsanowej.

Jeszcze jedna uwaga w sprawie mieszanek. Do zastrzykiwań dożylnych bizmutu należałoby używać soli bizmutowych bezwzględnie wolnych od reszt kw. azotowego. Dotyczy to w pierwszej linji mieszanek bizmutowo-salwarsanowych, w których obecność nawet większych śladów kw. azotowego znakomicie zwiększa jadowitość preparatów (u zwierząt doświadczalnych — zapaść, co zniechęciło nas do prób klinicznych). Zarazem należałoby zwrócić uwagę, że znajdujace się w handlu preparaty bizmutowe rozpuszczalne posiadają najrozmaitszą zasadowość (stąd ich bolesność), a mieszanki z nich utworzone muszą zatem wykazywać rozmaity i dowolny stopień Ph, który jest tak ważnym czynnikiem dobrego znoszenia arsenobenzolów.

Z PRAKTYKI.

Dr. Edward SZCZEKLIK, b. asystent zakładu. Kraków.

Dalszy przyczynek w sprawie t. zw. „Tracheopathia osteoplastica".

(Z zakładu anatomji patol. U. J. — Dyrektor: prof. Ciechanowski).
(Według pokazu w Towarz. lek. krakowskiem 3. VI. 1925.).

„Tracheopathia osteoplastica"[1]) występuje dość rzadko, dlatego każdy spostrzegany przypadek tego schorzenia tchawicy zasługuje na uwagę, jeśli choć w drobnej części może się przyczynić do wyświetlenia patogenezy tej niejasnej sprawy chorobowej. I z innego względu budzi „Tracheopathia osteoplastica" zajęcie. W błonie śluzowej tchawicy, dotkniętej tem schorzeniem możemy śledzić sposób tworzenia się chrząstki i kości, jak również spostrzegać różne okresy tworzenia się tych tkanek; porównanie ze sposobem tworzenia się ich w warunkach prawidłowych może stanowić niejaki przyczynek do lepszego poznania układu kostnego. Ciekawym jest tutaj problem metaplazji tkanki łącznej błony śluzowej tchawicy w tkankę kostną i i.

Dwa nowe przypadki, które mam przedstawić, dotyczą mężczyzny 46 letniego, u którego przyczyną zejścia śmiertelnego był śródbłoniak opony twardej, uciskający na rdzeń, oraz mężczyzny 20 letniego, zmarłego na zapalenie włóknikowe płuc.

W obydwu przypadkach stwierdza się — oglądając tchawicę wyniosłości, sterczące ku jej światłu, od wielkości główki od

[1]) Sprawę tę możnaby po polsku nazwać „kostniakowatością tchawicy" albo „rozsianem kostnieniem tchawicy"; obie te nazwy nie są wprawdzie doskonałe ale i określenie „Tracheopathia osteoplastica" nie jest, ściśle biorąc, zadowalające.

szpilki do wielkości soczewicy, usadowione pomiędzy chrząstkami tchawicznemi, a rozsiane od 2—3 palców poniżej krtani, aż do rozwidlenia tchawicy. Guzki te znajdują się tylko w części chrząstkowej tchawicy, niema ich w części błoniastej; są twarde jak kość, gładkie, ostro ograniczone. Błona śluzowa tchawicy jest nieco zaczerwieniona.

W przypadku pierwszym stwierdza się pod mikroskopem ogniska chrząstki włóknistej, znajdujące się w błonie śluzowej tchawicy, między prawidłową chrząstką tchawicy, a nabłonkiem, a zajmujące prawie $^3/_4$ grubości błony śluzowej. Ogniska te są gdzieniegdzie rozrzucone pojedynczo, gdzieindziej zlewają się razem; są kształtu okrągłego lub owalnego i leżą wśród tkanki łącznej błony śluzowej tchawicy tuż przy ochrzestnej prawidłowych chrząstek tchawicznych, między gruczołami błony śluzowej tchawicy, lub tuż pod nabłonkiem. Chrząstka włóknista, która je tworzy, zawiera komórki chrząstkowe nierównej wielkości, wogóle jednak dość drobne.

Do niektórych z tych ognisk chrząstkowych przylegają od strony światła tchawicy pasma kostne, ułożone jakby czapka na chrząstce. Te pasemka kostne składają się z kilku warstw kości włóknistej, która następnie (bliżej światła tchawicy) przechodzi w kość blaszkową. Na pograniczu między nowowytworzoną chrząstką, a kością, spotyka się rąbek zwapnienia, jakoteż szereg komórek, widocznie pełniących rolę osteoblastów. Pewne części nowowytworzonej chrząstki, nieprzylegające do warstwy kostnej, przechodzą w niektórych miejscach wprost w sąsiadującą tkankę łączną błony śluzowej tchawicy, w innych zaś miejscach, względnie w niektórych miejscach serji skrawków, przechodzą w smugi tkanki szklistej barwiącej się eozyną różowo, a zawierającej dość liczne jądra pałeczkowate.

Podobne ogniska chrząstkowe, tylko o wiele mniejsze spotyka się w ochrzęstnej prawidłowej chrząstki tchawicznej naprzeciw owych wyrośli chrząstkowych. Te wysepki chrząstkowe w ochrzęstnej są złożone także z chrząstki włóknistej, nie ulegają jednak nigdzie skostnieniu; niektóre z nich łączą się z ogniskami chrząstkowemi, znajdującemi się w błonie śluzowej tchawicy od prawidłowej chrząstki tchawicznej są te wyspy chrząstkowe w ochrzęstnej wszędzie ostro odgraniczone pasmem włókien łączno-tkankowych.

Pozatem znajdują się w błonie śluzowej tchawicy, głównie tuż pod nabłonkiem stosunkowo nieliczne ogniska kostne w postaci p a s e m e k, elips, kół;zbudowane z kości włóknistej — w częściach obwodowych, a z kości blaszkowej w częściach środkowych, położonych bliżej szpiku kostnego. Ogniska kostne większe, oraz ogniska o kształcie koła, lub elipsy zawierają szpik kostny. W innych miejscach błony śluzowej tchawicy widać wysepki tkanki jednostajnie szklistej, barwiącej się eozyną różowo, zawierającej nieregularnie rozrzucone jądra pałeczkowate. Wysepki takie albo leżą samoistnie wśród błony śluzowej tchawicy, albo przytykają do ognisk chrząstkowych, niejako przechodząc w nie, przyczem na pograniczu nowowytworzonej chrząstki z tą tkanką szklistą znajdują się małe komórki o jądrach raczej owalnych niż okrągłych, gdzieniegdzie jakby już leżące w torebkach.

W jeszcze innych miejscach błony śluzowej tchawicy można widzieć ogniska, składające się częściowo z chrząstki włóknistej, częściowo z opisanej tkanki chrząstnawej; na obwodzie takiego ogniska od strony światła tchawicy znajduje się rąbek zwapnienia, obejmujący tak część chrząstkową, jak i część chrząstnawą ogniska, a jeszcze dalej obwodowo (w kierunku światła tchawicy) na rąbku zwapnienia znajduje się warstwa kości.

W błonie śluzowej tchawicy stwierdza się liczne nacieki drobnokomórkowe, złożone z limfocytów, z małą domieszką komórek plazmatycznych. Gruczołów jest w błonie śluzowej tchawicy dość mało, niektóre z nich znajdują się w zaniku. W miejscach zaniku gruczołów spotyka się dość obfitą tkankę tłuszczową. Włókna łącznotkankowe, tak klejodajne jak i sprężyste, jużto okrążają smugami nowowytworzone ogniska chrząstkowe i kostne, jużteż rozpościerają się nieregularnemi pasmami w błonie śluzowej.

W przypadku drugim znajdują się w błonie śluzowej tchawicy ogniska kostne w postaci pasem, kół, elips zawierające szpik, między chrząstką tchawiczną, a nabłonkiem, przeważnie bliżej nabłonka. Ogniska te składają się z kości włóknistej i kości blaszkowej. Kość włóknista znajduje się podobnie, jak w przypadku pierwszym, bliżej szpiku, warstwy zaś ogniska kostnego obwodowe składają się z kości włóknistej. Na obwodzie ognisk kostnych spotyka się jądra pałeczkowate, leżące wśród substancji szklistej, a układające się bliżej kości równolegle do blaszek kostnych. Granica między niemi, a warstwą kostną jest dość ostrą; rąbka zwapnienia nie widać nigdzie. Podobną substancję szklistą z jądrami pałeczkowatemi spotyka się i w innych miejscach błony śluzowej tchawicy, rozrzuconą drobnemi lub większemi ogniskami wśród tkanki łącznej. Jedno z tych ognisk przechodzi dalej w ognisko składające się z komórek z jądrami owalnemi, leżących w torebkach, a jeszcze dalej obwodowo w kość włóknistą, poprzez delikatnie zaznaczony rąbek zwapnienia. Ognisko takie znalazłem tylko jedno, mimo dokładnego szukania w skrawkach seryjnych.

Pozatem zasługuje na uwagę bardzo silne rozszerzenie naczyń błony śluzowej, oraz liczniejsze, niż w poprzednim przypadku nacieki drobnokomórkowe, rozsiane w niej tu i ówdzie. Włókna łączno-tkankowe klejodajne i sprężyste oraz gruczoły zachowują się podobnie jak w przypadku pierwszym.

Z powyższego opisu wynika, że podobnie jak w ogłoszonych poprzednio 2 naszych przypadkach[2]), tak i tutaj spotykamy się z dwojakim sposobem tworzenia się kości: 1) poprzez okres chrząstki włóknistej, 2) bez okresu pośredniego (miejscowego). Tak w jednym, jak i w drugim przypadku w nowotworzeniu kości biorą udział komórki o jądrach pałeczkowatych, które w przypadku pierwszym przekształcają się w komórki tkanki chrząstnawej, a później chrząstkowej i przechodzą wreszcie w komórki tkanki kostnej, układając się wśród nowopowstałej substancji kostnej, w przypadku drugim bez okresów tkanki chrząstnawej i chrząstkowej tworzą kość włóknistą, a następnie blaszkową. Pod tym względem przypadki niniejsze są zupełnie podobne do poprzednio ogłoszonych. W przypadkach obecnych spotyka się jednak obrazy, których poprzednio nie można było zauważyć, spostrzega się mianowicie takie okresy nowotworzącej się tkanki, które mogą być uważane za formy przejściowe pomiędzy jednym, a drugim sposobem tworzenia kości. I tak w przypadku pierwszym widzimy, że w pewnem miejscu odkładanie kości, następuje nie na chrząstce, ale na tkance chrząstnawej (chondroid), co sprawia wrażenie, jakby proces tworzenia kości postępował w tempie szybszem, niż zwyczajnie, przez co odkładanie substancji kostnej następowało w okresie wcześniejszym, w okresie chrząstnawym (chondroidu), a nie, jak zwyczajnie, w okresie chrząstki włóknistej. I znowuż w przypadku drugim, w którym przecież nie spotykamy okresów przejściowych, a substancia szklista z jądrami pałeczkowatemi przechodzi wprost w substancję kostną, znajdujemy w jednem miejscu tkankę chrząstnawą, która następnie bez przejścia w tkankę chrząstkową, przeobraża się w kość.

Te dwa „wyjątki" stanowią niejako pomost pomiedzy jednym, a drugim sposobem powstawania kości w „Tracheopatia osteoplastica". Opisane formy przejściowe wskazują, że obydwa sposoby tworzenia kości, w istocie nie tak wiele się różnią pomiędzy sobą, gdyż tworzenie się kości wprost bez okresu przejściowego jest niejako uproszczeniem tworzenia się kości poprzez okres chrząstnawy i chrząstkowy. Niewytłumaczonem pozostaje jednak, dlaczego w jednym przypadku kość tworzy się w jeden, w innym w drugi sposób. Być może, że warunki miejscowe odgrywają tu rolę, a może też i rodzaj czynników zewnętrznych i sposób ich zadziałania wchodzi w rachubę.

Z innych zmian, spotykanych w błonie śluzowej tchawicy w naszych przypadkach zasługują na uwagę zmiany zapalne, które można postawić w związku przyczynowym z nowotworzącą się tkanką chrząstkowo-kostną w sposób podany w poprzednio ogłaszanych przypadkach.

Zachowanie się włókien łączno-tkankowych, klejodajnych, jak i sprężystych, jest podobne, jak w ogłoszonych poprzednio naszych przypadkach i nie zdaje się przemawiać za teorją A s c h o f f - B r ü c k n e r a, teorją udziału włókien sprężystych w nowotworzeniu ognisk chrząstkowo-kostnych. W tworzeniu chrząstki i kości drogą metaplazji bierze udział cała tkanka łączna błony śluzowej tchawicy, a nie same tylko włókna sprężyste; za tem przemawiają obrazy mikroskopowe z naszego przypadku pierwszego. Czyżby takie masy substancji chrząstkowej i kostnej, zajmujące prawie $^3/_4$ błony śluzowej tchawicy, miały powstać przy udziale samych tylko składników sprężystych błony śluzowej tchawicy? Tak sposób tworzenia się wyrośli chrząstkowych i kostnych, jak i ich siedzibą, przemawiają za tem, że podstawą sprawy jest zmiana rozwojowa, dotycząca całej tkanki łącznej błony śluzowej tchawicy, która to zmiana rozwojowa usposabia tę tkankę łączną do tworzenia ognisk chrząstkowo-kostnych drogą metaplazji, przyczem odgrywają rolę czynniki zewnętrzne, jak podrażnienie mechaniczne (w formie kaszlu), chemiczne, cieplne.

Dr. Stanisław MARCZEWSKI ordyn. Szpit. Wojsk. Dęblin.

Przypadek duru brzusznego z obfitą różyczką durową.

Różyczka durowa, stanowiąca charakterystyczną właściwość duru brzusznego, nigdy prawie nie bywa obfita. Wykwita ona najpierw w postaci drobnych plamek na brzuchu i dolnych częściach klatki piersiowej i na tem się ogranicza. Często jednak ilość plamek się powiększa, występują one na całym tułowiu i piecach zawsze w ilości dość skąpej. W rzadkich przypadkach widzimy je na kończynach, zaś bardzo rzadko różyczka durowa bywa obfita, przyczem pokrywa ona prawie całą powierzchnię ciała. Spostrzegany przeze mnie przypadek duru brzusznego należy do tych bardzo rzadkich, gdzie różyczka durowa jest obfita i pokrywa prawie całe ciało.

Chory szereg. Franciszek M. lat 23. (Zaszczepiony był przed rokiem szczepionką przeciwdurową i przeciwparadurową A, B i C)). Początkowo miał on lekkie dreszcze, ból głowy, bole w brzuchu, oraz wolne stolce kilka razy na dobę, jednocześnie z dreszczami ciepłota się zwiększyła. W trzecim dniu choroby wystąpiły

---

[2]) „Prace z Zakładów anatomji patologicznej Uniwersytetów polskich" T. I. Zesz. 2. — Tamże podałem piśmiennictwo, dlatego tutaj go nie przytaczam.

na całem ciele, prócz głowy, szyi, dłoni, palców u rąk. stóp i palców u nóg plamki w niewielkiej ilości, okrągłego kształtu, różowe, zlekka wzniesione nad powierzchnią skóry, znikające pod uciskiem palca, po przerwaniu ucisku występujące na nowo. W ciągu 4-go i 5-go dnia choroby liczba plamek bardzo znacznie wzrosła, tak, że odległość między poszczególnemi plamkami wynosiła kilkadziesiąt milimetrów, miejscami zaś plamki stykały się ze sobą swemi brzegami. Od 6-go do 10-go dnia ilość plamek nie zwiększała się, zaś od dnia 11-go plamki stopniowo znikały, przyczem najdłużej utrzymywały się na kończynach. Przed zupełnem zniknięciem zmieniały one swe zabarwienie różowe na żółto-brunatne. Po zniknięciu wysypki skóra łuszczyła się drobnemi łuskami. Wysypce nie towarzyszyło swędzenie skóry.

Pierwsze badanie przedmiotowe chorego było dokonane przeze mnie w szóstym dniu choroby. Wówczas stwierdziłem: chory apatyczny, twarz zaczerwieniona, język mocno obłożony o brzegach różowych, dość suchy, skóra gorąca, sucha, tętno przyśpieszone, 96 uderzeń na minutę, dobrze napełnione, miękkie, dwubitne, brzuch nieco wzdęty, okolica dołka podsercowego tkliwa na ucisk. Śledziona była powiększona, co stwierdzało się przez opukiwanie, wymacalna, miękka niebolesna. W płucach i sercu brak wyraźnych zmian. W moczu znaleziono ślady białka, odczyn dwuazowy ujemny. Chory uskarżał się na silny ból głowy, bole w brzuchu, oraz miał wolne stolce kilka razy dziennie. Przebieg choroby był następujący. Ciepłota ciała, mierzona dopiero od 5-go dnia choroby t. j. od dnia przybycia chorego do szpitala, do dnia 10-go stopniowo spadała, od dnia 10-go do 16-go gorączka przybrała formę przepuszczającą, z rannemi spadkami do normy, od 16. dnia ciepłota była normalna. W 5-tym dniu wolne stolce ustąpiły miejsca zaparciu, które utrzymywało się w ciągu 5-ciu dni, a następnie stolec powrócił do normy. Śledziona wraz z spadkiem gorączki zmniejszała się i w 16-tym dniu powróciła do stanu prawidłowego. Tętno w miarę spadku ciepłoty przyśpieszało się, utraciło swą dwubitność, zaś po spadku ciepłoty szybko powróciło do normy. Bole w brzuchu z chwilą wystąpienia regularnego stolca ustąpiły. Ból głowy stopniowo słabł, i ustąpił zupełnie, gdy ciepłota powróciła do normy. W 11-tym dniu choroby, pobraną została krew w ilości 5-ciu ctm. sześciennych z żyły podskórnej przedramienia prawego i wysłana do Pracowni bakterjologicznej Wojskowego Instytutu Sanitarnego w Warszawie. Wynik badania tej próbki krwi był następujący: odczyn zlepny ze szczepem duru brzusznego dał wynik dodatni do rozcieńczenia 1/800, ze szczepami paraduru, A, B i C i odmieńcem X/19 dały wynik ujemny.

W dniu 30-tym od początku choroby, ponownie była wzięta krew w ilości 5 ctm. sześć. z żyły podskórnej przedramienia prawego i posłana wraz z próbką moczu i kału do pracowni bakterjolog. Wojskowego Instytutu Sanitarnego. Badanie tych próbek wykazało: odczyn zlepny ze szczepem duru brzusznego dodatni do rozcieńczenia 1:200, ze szczepami paraduru A, B i C i odmieńcem X/19 ujemny, posiew moczu jałowy, z kału bakterji chorobotwórczych nie wyhodowano.

Wynik badania próbek krwi wziętej od chorego, jakoteż objawy towarzyszące chorobie (różyczka, dwubitne tętno, powiększona śledziona), przemawiają zatem, że był to przypadek duru brzusznego, aczkolwiek o przebiegu nietypowym. Przedewszystkiem wysypka ze względu na liczbę plamek, daleko odbiega od wysypki w typowych postaciach duru brzusznego, gdzie plamki są nieliczne, rozsiane w dość dużych odstępach jedna od drugiej, na brzuchu oraz klatce piersiowej. Ciepłota ciała, o ile przyjąć dane otrzymane z wywiadu, była zwiększona w ciągu dni 16-tu, i jeżeli weźmie się pod uwagę, że różyczka durowa najczęściej występuje na 9-ty—10-ty dzień choroby, chory zaś podaje, że wystąpiła ona w 3-cim dniu choroby, to należałoby początek choroby nieco przesunąć wstecz o jakie 5—6 dni. Prawdopodobnie chory przed wystąpieniem tych początkowych objawów, jakie podaje w wywiadzie, już miał ciepłotę podgorączkową, na którą nie zwrócił uwagi i dopiero, gdy wystąpiły wyraźnie zaznaczone objawy chorobowe, zwrócił się do lekarza, uważając się od tego czasu za chorego.

W podanym powyżej obrazie chorobowym rzuca się w oczy bardzo obfita wysypka. Wiadomo, że w durze brzusznym wykwity różyczkowe, które są miejscowem przekrwieniem zapalnem, zawierają prątki Ebertha, tkwiące w drobnych kanalikach dróg chłonnych. Objawy ze strony przewodu pokarmowego podane przez chorego w wywiadzie świadczyłyby o tem, że prątki Ebertha przenikły do organizmu w tym wypadku przez ściankę jelit, skąd w ogromnej ilości powędrowały do skóry, powodując wystąpienie tak obfitej różyczki. Zwykle prątki Ebertha niechętnie osiedlają się w skórze, w ogromnej większości wypadków wysypka durowa jest bardzo nieliczna, zaś w $^1/_5$ wszystkich wypadków duru brzusznego zupełnie nie występuje. Osler określa liczbę przypadków z różyczką u białych na 93,2%, u murzynów i kolorowych na 20,6%.

Opisany przeze mnie przypadek umiejscowienia się masowego w skórze laseczników Ebertha, można objaśnić właściwościami biologicznemi prątków, które to schorzenie wywołały, mianowicie wybitnem ich powinowactwem ze skórą. Dlatego też przypadek ten powinien być nazwany skóro-durem (dermo-tyfus).

WYKŁADY I ODCZYTY.

Docent Dr. Wiktor REIS. Lwów.

O rozpoznaniu różniczkowem jaglicy w przebiegu wieków.

(Odczyt wygłoszony w Sekcji okulistycznej XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie dnia 13. lipca 1925.)

Komitet organizacyjny Sekcji okulistycznej XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zwrócił się do mnie z zaszczytną dla mnie propozycją objęcia w drugim dniu zjazdu referatu głównego p. t. Stosunek nieżytów do jaglicy. W pierwszej chwili wahałem się, czy podjąć się tego zadania sądziłem, że temat znany, w dawnych czasach często omawiany, a będący obecnie już postrachem zjazdów okulistycznych nie nadaje się do omówienia przed gronem samych specjalistów.

Dopiero po namyśle przyszedłem do przekonania, że może właśnie w tych czasach, kiedy walka z jaglicą, podjęta przez rząd, zaczyna się urzeczywistniać, dobrze będzie zebrać raz jeszcze wszystko, co wiemy o rozpoznaniu różniczkowem jaglicy, a tem samem objaśnić stosunek nieżytów do jaglicy. Może w ten sposób przeprowadzona rewja wszystkiego, co wiemy o rozpoznaniu różniczkowem jaglicy nie będzie trudem bezowocnym, może podczas rozpraw okażą się nowe punkty wytyczne, które potrafią cegiełkę dodać do rozpoznania różniczkowego jaglicy lub do wyjaśnienia właściwej istoty tej choroby.

Z góry jednak zapewniam Państwa, że tematu nie myślę traktować w sposób szkolny — wszak w każdym podręczniku okulistyki znaleść można dane dla diagnostyki różniczkowej między jaglicą, a nieżytem mieszkowym, między jaglicą, a nieżytem wiosennym lub schorzeniem Parinauda — obawiałbym się, że przedstawiając rzecz w ten sposób znużyłbym i znudziłbym słuchaczy.

Obiorę raczej drogę retrospektywną — postaram się przypomnieć Państwu w krótkości, co od najdawniejszych czasów myślano o jaglicy, jak kształtowało się **rozpoznanie różniczkowe w przebiegu wieków** i co zdobycze nowoczesnej wiedzy lekarskiej dodały do powiększenia i zasilenia naszej diagnostyki różniczkowej.

Wiemy wszyscy, że jaglica znaną już była w zamierzchłej starożytności. Znajduje się wzmianka o tej chorobie w papyrusie Ebersa, znali ją także starożytni Grecy i Rzymianie, jak o tem świadczą nazwy, trachoma sikosis, aspiritudo, lippitudo, granositas, granulatio".

Nazwy te nie wyróżniają jednakże żadnej określonej postaci chorobowej, odnoszą sie częstokroć do obrazów klinicznych z jaglicą nie mających nic wspólnego.

Dopiero w dziele Pawła z Eginy (7. wiek po Chr.) spotykamy wzmiankę, którą możemy już uważać jako pierwszą nieudałą próbę ścisłego rozpoznania jaglicy.

»Τὸ μὲν τράχωμα τραχύτης εστι τῶν ᾿ένδον τοῦ βλεφάρου«.

Jest to właściwie rzecz biorąc w greckim języku tautologia „jaglica szorstkością jest wnętrza powieki", a w dalszym ciągu traktatu o jaglicy znajdujemy wzmiankę, że gdy sprawa chorobowa jest o silniejszem natężeniu, gdy tworzą sie wręby, nosi wówczas nazwę choroby figowej sikosis gdy staje się przewlekłą i zbliznowaciałą, nosi nazwę modzelowatości powiek (tilosis).

Nie wiele dalej poszli Arabowie, mimo że znali już powikłania jaglicy jak łuszczkę (sabal), a dla wytarcia szorstkiej spojówki posługiwali się kawałkiem cukru i dobrze odróżniali poszczególne okresy jaglicy, odnosząc do ostatniego okresu źle ustawione rzęsy.

Wieki średnie zagmatwały w dalszym ciągu pojęcie jaglicy, co także utrzymywało się w wiekach późniejszych.

Bartisch (1584) autor znanego dzieła „Ophtalmodouleia oder der Augendienst" nie odróżniał zupełnie jaglicy od wrzodziejącego przybrzeżnego zapalenia powiek (psorophtalmia), a dwa wieki potem znany chirurg francuski Maitre-Jean (1722) wyrażał się, że jaglica, „c'est proprement une Dartre des paupières" a więc coś w rodzaju liszaja lub świerzbu powiek.

Nawet początek 19. stulecia ze znanym okulistą wiedeńskim Józefem Beerem, nie przyniósł dokładnego określenia jaglicy. Beer w swym podręczniku chorób ocznych (1813-1817) wspominał nadal „o świerzbowem (psoricus) zapaleniu oka, spotykanem u najniższych, najbrudniejszych warstw ludowych, wywołanem przez zakażenia oka zapomocą palca lub chustki zanieczyszczonej „psorycznym miazmatem" a która to postać chorobowa objawia się wrzodami na brzegu powiek i szorstkością spojówki powiekowej (trachoma), a kończy się chorobą włosów i zawinięciem powiek".

Jednakże już w tym czasie wojny Napoleońskie toczone w Egipcie, które miały się przyczynić do rozszerzenia rzekomej jaglicy po całej Europie, obudziły zainteresowanie dla spraw zapalnych spojówki, przeważnie u lekarzy wojskowych. Na podstawie spostrzeżeń lekarzy wojskowych ogłosił Johann Nepomuk Fischer z Pragi w r. 1820 pierwszy zadowalający opis jaglicy, kładąc nacisk na to, że tylko przez odwinięcie powiek przekonać się można o istnieniu przewlekłych ziarnistości; Rust z Berlina (w latach 1803—1809 profesor chirurgji w Krakowie) wydał w r.

1820 obszerną monografię o zapaleniu egipskiem wśród załogi Moguncji, a Filip Walter prof. chirurgji w Landshut określał w r. 1821 jeszcze ściślej właściwą istotę cierpienia.

Oto co pisze Walter: „Siedliskiem choroby jest spojówka, jednakże i tarczka powiekowa i listek spojówkowy rogówki również bierze udział w sprawie chorobowej. Choroba ta jest zapaleniem ale głównym objawem jest bujanie tkanki. Za istotę cierpienia uważam chorobowo wzmożone wytwarzanie (Produktioskraft) spojówki wywołane działaniem swoistem zarazka, zapalenie jako takie jest tylko objawem towarzyszącym. Chorobę określiłbym jako przewlekły liszajec (impetigo) spojówki".

Gdyby nie ostatnia wzmianka, pojęcie stworzone o jaglicy nie o wiele by odbiegało od powszechnie dziś przyjętego określenia.

W r. 1824 okulista Leuw pisze o tej chorobie „że każdy zwykły chłop zna ową zakaźną chorobę oczu i nazywa ją wskutek swędzenia i z powodu szorstkiej właściwości wewnętrznej powierzchni powiek świerzbem ocznym (Augenkrätze) — wyrażenie, które tyle wieków później dziwnie się zgadza z wyrażeniem często używanem dla określenia jaglicy w medycynie arabskiej.

Są to jednakże wszystko tylko opisy procesów chorobowych o rozpoznaniu różniczkowem niema wzmianki. Chyba, że za takową poczytywać będziemy urywek z rozprawy Jägera, profesora akademji medyko-chirurgicznej we Wiedniu, który w r. 1825 — a więc sto lat temu — wyraźnie zaznacza, że „zapalenie egipskie jest oddzielnem zapaleniem spojówki oka, różnem od zwykłego nieżytowego lub śluzoropotokowego zapalenia".

Lata następne zaznaczają się w całej medycynie gruntowną reformą w pojęciach o istocie choroby. Z rozwojem nauk przyrodniczych, z postępem fizjologji i anatomji dawna medycyna humoralna ustępuje coraz więcej miejsca patologji komórkowej. Nie pozostaje to bez wpływu i na okulistykę. Odbiciem tego kierunku stał się Sichel, który reformując w r. 1837 okulistykę francuską zastanawia się w jednej ze swych głównych rozpraw nad następującem pytaniem: „czy rozmaite rodzaje zapaleń ocznych przedstawiają pewne zmiany anatomo-patologiczne, które im są właściwe i czy można na tej podstawie ugruntować różnicę tych różnych rodzajów?"

Także Velpeau w r. 1840 starał się oftalmję określić „na podstawie anatomiczno-fizjologicznej nauki", a Hasner z Pragi wystąpił w r. 1847 po raz pierwszy z projektem podziału anatomicznego chorób ocznych.

Jak przed chwilą zaznaczyłem, 100 lat upływa w roku bieżącym, odkąd krystalizować się zaczęło pojęcie o jaglicy, jako osobnej jednostki chorobowej.

Usiłowania stworzenia rozpoznania różniczkowego są teraz na porządku dziennym. Rozwój ogólnej wiedzy lekarskiej, triumfy, jakie święciła anatomja patologiczna, bakterjologja, nauka o odporności z najmłodszem jej odgałęzieniem, teorją o anafilaksji nie pozostały bez wpływu na naukę o jaglicy.

Jeżeli dziś z pewnej perspektywy rzut oka uczynimy na rozwój pojęcia jaglicy, to zauważymy, że każda z tych gałęzi medycyny rzuciła snop światła na zagadnienie jaglicy i usiłowała w pierwszej linji ugruntować rozpoznanie różniczkowe tej choroby.

Mimowoli nasuwa mi się tu porównanie z niedalekiej wojny światowej. Kto widział podczas wojny pole walki w nocy oświetlane reflektorami, ten łatwo w czynności reflektorów dopatrzeć się tu może pewnej analogji.

Ciemna noc — cisza — wie się tylko, że tam naprzeciw stanowiska nieprzyjacielskie. W tem pada błysk światła reflektora na chwilę robi się jasno jak za dnia, widać pozycje zajmowane przez nieprzyjaciela, spostrzec można jego ruchy — a chwilę później wszystko znów tonie w ciemnościach.

Takim wrogiem działającym w ciemnościach — to jaglica. Wtem pada błysk światła z postępów ogólnej wiedzy lekarskiej: bakterjologja głosi, że zarazek jaglicy odkryty — robi się nagle jasno, ma się złudzenie, że odkryto już właściwą istotę tej choroby. Lecz nie trwa to długo — światło reflektora gaśnie i znów zalegają ciemności, uniemożliwiające dalsze posuwanie się naprzód.

Przejdźmy po kolei te poszczególne błyski światła, rzucane z olbrzymiego reflektora, jakim jest rozwój medycyny ogólnej. Wszystkie razem wzięte dążą do wyjaśnienia nam istoty jaglicy, do wyróżnienia tej postaci chorobowej od innych nieżytów spojówki, a więc do stworzenia podstaw dla uzasadnionej diagnostyki różniczkowej.

Najważniejszem do określenia jakiejś jednostki chorobowej i odróżnienia jej od innych postaci jest poznanie czynnika chorobę wywołującego, a więc badania nad **etjologją cierpienia.**

Był okres w medycynie, gdy odkrycia postępowały jedne za drugiemi — dość wymienić nazwiska Pasteura, Kocha, Löfflera i wielu innych, aby uprzytomnić sobie, jak doniosłe znaczenie dla wyróżnienia poszczególnych jednostek chorobowych miały odkrycia, związane z nazwiskami tych badaczy.

W badaniach nad jaglicą światło reflektora kilka razy zajaśniało i zgasło. W r. 1881 miał Sattler stwierdzić w wydzielinie worka spojówkowego przy jaglicy istnienie ziarenkowca okrągłego, Michel w r. 1885 znalazł w utkaniu mieszka jagliczego dwoinki, nazwane przez niego ziarenkowcem jagliczym (Trachomcoccus). W r. 1891 opisał Noiszewski pewien rodzaj grzybka, jakoby swoistego dla jaglicy i nadał mu nazwę „microsporon trachomatosum", a później także inni badacze znajdywali bądź to innego rodzaju grzybki bądź też plazmodja lub kokcydje. W r. 1903 ogłosił Müller, że znaleziony przez niego prątek tz. „Trachombacillus" jest właściwym bodźcem chorobotwórczym jaglicy.

Najsilniej zajaśniało światło reflektora w r. 1907, kiedy Halberstädter i Prowazek ogłosili pracę o „zawartościach komórkowych pasożytniczej natury" i niezależnie od nich Greeff odkrył „ciałka jaglicze". Zdawało się, że te ostatnie odkrycia już w rzeczywistości sprawę jaglicy pchnęły na nowe tory. Bodziec bowiem chorobotwórczy odkryty w jaglicy stałby się bardzo ważnym czynnikiem w rozpoznaniu różniczkowem.

Niedługo jednak i tym razem reflektor świecił. Przyszły badania kontrolne innych badaczy i okazało się, że swoistość spotykanych tworów nie wytrzymuje krytyki. Słusznie też mawiał Wicherkiewicz — gdy w ilustrowanych czasopismach niemieckich okazywały się już artykuły z podobizną odkrywcy zarazka jagliczego — „że nie należy się śpieszyć ze składaniem kart wizytowych u kolumny wielkich wynalazków".

Nadzieja pokładana w ciałkach jagliczych: że zapomocą ich stwierdzenia będzie można jaglicę wyodrębnić z całego szeregu innych nieżytów spojówki — spełzła na niczem. Nawet przy klinicznie wybitnej jaglicy stwierdza się istnienie ciałek jagliczych tylko w przypadkach świeżych i to w 40—60%.

Z licznych badań w tym kierunku na szczególną uwagę zasługują badania Lindnera, który opierając się na stwierdzeniu istnienia wtrętów komórkowych także w śluzoropotoku z ujemnym wynikiem badania bakterjologicznego co do dwoinek Neissera, doszedł do wniosku, że „jaglica i śluzoropotok, w którym stwierdzono wtręty komórkowe (Einschlussblenorrhoe) są pod względem etjologji sprawami identycznemi".

Ciałka jaglicze spotykano także w dalszym ciągu przy nieżytach innego pochodzenia, a nawet w komórkach nabłonkowych spojówki prawidłowej.

Stwierdzenie zaś drobnoustrojów wywołujących inne nieżyty jak Kocha-Weeksa, Moraxa-Axenfelda lub tp. nie wyklucza zupełnie możliwości istnienia równoczesnego jaglicy, gdyż wspomniane te sprawy chorobowe mogą bardzo dobrze rozwijać się na podłożu jagliczem, stwarzając powikłania o przebiegu ostrym lub przewlekłym. O tem trzeba zawsze pamiętać i trzeba być ostrożnym z rozpoznawaniem w szczególności jaglicy ostrej. Zdarzało mi się często, że podczas wojny światowej przychodzili do szpitala żołnierze z rozpoznaniem trachoma acutum, podczas gdy badanie bakterjologiczne wykazywało tylko powikłanie z ostrym nieżytem Kocha-Weeksa.

Zobaczmy obecnie, jakich danych dla rozpoznania różniczkowego dostarcza nam inna pomocnicza gałąź wiedzy lekarskiej — **anatomja patologiczna.**

Nauka ta tak cenne oddająca usługi w innych gałęziach medycyny — weźmy tylko choćby pod uwagę badanie nowotworów we wczesnych okresach — tu przy rozpoznaniu różniczkowem jaglicy nie dała się zastosować. Charakterystyczne zmiany natury bliznowatej występują tylko w końcowym okresie procesu chorobowego, dostrzegalne już przy badaniu klinicznem. Gdy jednak idzie o rozpoznanie wczesnych okresów jaglicy, anatomja patologiczna zawodzi. Ów twór patologiczny, grudką lub ziarnem jagliczem zwany, od którego nazwa procesu chorobowego się wywodzi, nie stanowi dla jaglicy kryterjum rozpoznawczego i nie różni się wiele od tworu spotykanego nawet w spojówce prawidłowej, od mieszka, follikułu. To samo nacieczenie komórek limfoidalnych, te same twory komórkowe niewiadomego pochodzenia o nazwach rozmaitych, które znajdować się mogą we wszystkich tkankach, w których toczy się przewlekła sprawa zapalna. Jeżeli nawet za główną istotę cierpienia będziemy uważali rozległe zapalne nacieczenie warstwy gruczołowatej spojówki z następowem przejściem w stan zbliznowacenia (Saemisch), to właśnie we wczesnych okresach może być brak tego kryterjum lub też nacieczenie tkanki adenoidalnej może być zależnem od ostrej jakiejś sprawy zapalnej. Badania anatomo-patologiczne zmian chorobowych w tarczkach powiekowych jako występujące już w okresie końcowym nie nadają się do zastosowania przy rozpoznaniu różniczkowem, taksamo jak badania najnowsze hiszpańskiego autora Meridy, który stwierdził charakterystyczne zmiany w gruczole łzowym przy jaglicy i upatrywał w pozostawionym gruczole łzowym w ustroju główne źródło dla ciągłych nawrotów jaglicy.

Także badania Lindnera nad topografją zarazków chorobotwórczych spojówki i badania japońskich autorów Oguchi i Majima, którzy zauważyli pewne różnice w cytologicznym składzie wydzieliny spojówkowej przy rozmaitych schorzeniach oczu, nie dają żadnych danych, któreby można zastosować przy wczesnem rozpoznaniu różniczkowem jaglicy.

Jedynie badanie cytologiczne wydzieliny spojówkowej i krwi może dać pewne wskazówki rozpoznawcze, gdy chodzi o odróżnienie jaglicy od nieżytu wiosennego. Stwierdzenie eozynofilji przemawia za istnieniem nieżytu wiosennego.

Dlatego pożądane są nadal wszelkie dociekania anatomopatologiczne, które zdołałyby jakiś szczegół charakterystyczny dodać dla rozpoznania różniczkowego jaglicy. W roku ubiegłym na II. zjeździe okulistów polskich we Lwowie podał Krausz kilka danych dla wczesnego mikroskopowego rozpoznania jaglicy.

W preparatach roztartych z elementów limfatycznych ziaren jagliczych, uzyskanych przez wyciśnięcie ziaren jagliczych o wiotkiem utkaniu, otrzymywał Krausz obrazy charakteryzujące się brakiem komórek nabłonkowych, wielką ilością skupionych jąder bez protoplazmy, okrągłych, mocno barwiących się. Nekrobiozy takiej elementów limfatycznych nie spotykamy przy conj. follicul., vernalis lub scrophulosa.
Badania anatomo-patologiczne tkanki żywej pod większemi powiększeniami również znalazły oddźwięk i przy jaglicy. Kapuściński stwierdził zapomocą lupy, że aksamitny wygląd spojówki oraz korkociągowate naczynia spotyka się najczęściej przy zachorzeniach wywołanych zarazkiem jagliczym.

Badania zaś lampą szczelinową Gullstranda przy użyciu metody barwienia żywej tkanki przeprowadzał także przy jaglicy z niemieckich badaczy Kuzel, z belgijskich Gallemaerts.

Są to dalsze postępy w badaniach anatomo-patologicznych ale do rozwiązania zagadnienia wczesnego rozpoznania jaglicy jeszcze się nie przyczyniły.

Nauka o odporności z zastosowaniem odczynów biologicznych — to znowu błysk reflektora na ciemną kwestję jaglicy. W szczególności wiązanie dopełniacza metodą Bordet-Gengou i triumfy odczynu Wassermanna pobudziły także badaczy okulistycznych do zastosowania tych metod w jaglicy. Römer starał się sporządzić surowicę przeciwjagliczą przez uodpornienie królików wyciągami ze świeżych i suszonych załamków jagliczych, aby przy pomocy tej surowicy otrzymać z wydzieliną spojówkową i wyciągami tkanek swoiste odchylenie dopełniacza, któreby można zużytkować dla celów rozpoznawczych. Wyniki były ujemne. Surowica w ten sposób otrzymana oddziaływała wprawdzie na surowicę ludzką, nie dozwalała jednakże odróżniać wydzieliny jaglicznej od wydzieliny spojówkowej z innego zapalenia spojówek. Także surowica chorych na jaglicę nie dała swoistego odchylenia dopełniacza. (Römer, Leber).

Nicolle, Cuénod i Blaizot, którzy szereg lat pracują nad jaglicą doświadczalną, wykazali, że śródżylne wstrzykiwania sproszkowanego materjału jagliczego nie wywołują u człowieka zdrowego żadnego odczynu i nie powodują schorzenia spojówki.

Do badań nad odchyleniem dopełniacza wraca prawie po 20 latach badacz włoski Sgrosso (1923) i stwierdza, że powstrzymanie hemolizy w obecności antygenu otrzymanego ze spojówek jagliczych występuje w szczególności dobitnie w przypadkach jaglicy przestarzałej. Sgrosso zauważył także zupełną równoległość między odczynem otrzymanym zapomocą antygenu jagliczego antygenu z tkanki adenoidalnej, co pozostawałoby w zgodzie z pojawianiem się częstszem jaglicy u osobników limfatycznych. W odróżnieniu od jaglicy powoduje surowica osobników cierpiących na nieżyt wiosenny zupełną hemolizę tak z antygenem trachomatycznym jak adenoidalnym. Moment bardzo ważny, ze względu na rozpoznanie różniczkowe między jaglicą, a nieżytem wiosennym — gdyby nie badania kontrolne, przeprowadzone w roku obecnym przez Vancea w klinice rumuńskiej w Cluj, które wyników podanych przez Sgrossa nie potwierdziły.

W roku ubiegłym podjęli trzej badacze z Marsylji: Aubaret, Rouslacroix i Hermann badania nad zachowaniem się elementów komórkowych spojówki pod wpływem surowicy z osobnika chorego na jaglicę, stosując przy swych badaniach metodę hodowli tkanki żywej poza ustrojem. Badania te wykazały szybko występującą histolizę utkania jagliczego pod wpływem swoistej surowicy.

Problemat obustronnych przewlekłych zapaleń oczu doznał w ostatnich czasach nowego rozwiązania. Okazało się, że nietylko bakterje mogą być przyczyną procesów zapalnych w tkankach ustroju ale także produkty rozpadu drobiny białkowej — która z pominięciem drogi pokarmowej dostała się do ustroju — mogą się stać punktem wyjścia dla zapaleń oka o charakterze anafilaktycznym.

Badania Wesselyego i Szilyego starały się w ten sposób wyjaśnić powstawanie keratitis parenchymatosa, badania Elschniga zdążały do wykazania natury anafilaktycznej zapalenia współczulnego. Znany odczyn spojówkowy Calmette'a przy gruźlicy dostatecznie przemawia za tem, że podczas ogólnego stanu anafilaktycznego i spojówka oka także może być nadczulona.

Doświadczalną anafilaksją spojówki zajęli się dopiero w r. 1918 Kleczkowski i Karelus. Doświadczenia tych badaczy wykazały, że tak ludzka surowica prawidłowa jak i surowica z chorych jagliczych uczula ustrój królika i działa nań trująco. Podspojówkowe powtórne zastrzyknięcie surowicy wywołuje ostre objawy anafilaktyczne, po przejściu których spojówka znajduje się w stanie przewlekłego nieżytu, przedstawiającego często typowe mieszki. Różnica między działaniem prawidłowej, a jagliczej surowicy objawia się w nasileniu i czasie trwania ostrego okresu odczynu. Odczyn anafilaktyczny wywołany przez podspojówkowy zastrzyk surowicy jagliczej przebiegał znacznie ostrzej i gwałtownie niż po zastrzyku surowicy prawidłowej. Uczulenie królika wyciągami z jagliczej spojówki dawało wyniki o mniejszem nasileniu niż po uczuleniu surowicą, lecz odczyn anafilaktyczny trwał dłużej i połączony był z objawami przewlekłego nieżytu i wystąpieniem mieszków. Po uczuleniu królika wyciągiem spojówki jagliczej był odczyn anafilaktyczny znacznie wyraźniejszy po zastrzyknięciu powtórnem surowicy jagliczej niż prawidłowej.

Doświadczenia Kleczkowskiego i Karelusa to znowu błysk reflektora, który na chwilę starał się rozjaśnić problemat jaglicy. Niestety problemat jaglicy ciężkim jest do rozwiązania i podobnie jak w etjologji tak złudnemi mogą się okazać także wyniki badań anafilaktycznych. W każdym razie pozostanie zasługą Kleczkowskiego i Karelusa, że kwestję jaglicy starali się oświetlić także ze strony badań nad anafilaksją ustroju.

Badania kontrolne przeprowadzone w klinice rumuńskiej w Cluj przez Vancea i ogłoszone w sprawozdaniach towarzystwa biologicznego (Ctes rend. d. l. Soc. d. Biologie) z r. 1924 niestwierdziły różnice między jadowitością surowicy prawidłowej a jagliczej i wykazały, że białko pochodzące z jakiegokolwiek narządu królika prawidłowego daje ten sam odczyn, co białko pochodzące z utkania jagliczego.

Także badania nad zachowaniem się krwinek wobec surowic hemolitycznych podjęte przez Kleczkowskiego i Karelusa nie znalazły potwierdzenia w pracach Nitrulescu i Lazarescu z kliniki okulistycznej w Jassach, którzy w badaniach kontrolnych z r. 1924 nie stwierdzili żadnej różnicy między krwinkami pochodzącemi z osobników jagliczych, a krwinkami z osobników prawidłowych i doszli do wniosku, że z punktu widzenia odporności względem roztworów hipotonicznych nie ma żadnej różnicy między krwinkami prawidłowemi a jagliczemi.

Dok. nast.

OCENY.

L. Bernard. **La Tuberculose pulmonaire.** Etudes de phtisiologie clinique et sociale. II. wydanie. Masson et Cnie. Paryż. 1925. str. 400.

Dziś, gdy sprawa walki z gruźlicą u nas przybiera coraz bardziej realny wygląd, zapoznanie się z pracą w tym kierunku zwłaszcza we Francji i z jej wynikami jest rzeczą ciekawą i bardzo pożyteczną, tem bardziej, że tam dzięki lepszym stosunkom finansowym jest ona już bardzo rozwinięta i może się już poszczycić wynikami prawdziwie korzystnemi. Bernard w swojej książce omawia wprawdzie dość obszernie sprawę rozpoznawania rozmaitych postaci klinicznych gruźlicy płuc, ale głównie zajmuje się sprawą leczenia i to zwłaszcza walką z nią ze stanowiska społecznego.

W cześci pierwszej omawia on sprawę dziedziczności gruźlicy, którą odrzuca zupełnie, znaczenie infectio primaria i superinfectio dla rozwoju gruźlicy, klasyfikację gruźlicy płuc, opartą na cechach czysto klinicznych, odrzucając podział Turbana jako bardzo sztuczny, i w krótkości charakteryzuje klinicznie każdą z poszczególnych postaci gruźlicy. Przy wskazaniach dla rokowania podnosi przedewszystkiem znaczenie objawów funkcjonalnych, a nie anatomicznych ze strony płuc dla oceny przebiegu poszczególnych przypadków, podkreślając przytem decydującą wartość dla prognozy objawów ogólnych, więc gorączki, wagi ciała, a zwłaszcza reakcyj skórnych. Bardzo ciekawy jest ustęp, dotyczący sprawy macierzyństwa kobiet gruźliczych. Autor stoi na stanowisku, że przypadki gruźlicy, w których sztuczne poronienie jest wskazane, należą do nadzwyczajnych wyjątków. Zdaniem jego ciąża nie ma wpływu niekorzystnego na „tuberculosis non evolutiva"; poronienie sztuczne w przypadkach gruźlicy postępującej zaś jest bez wpływu korzystnego, a leczenie zwłaszcza odmą piersiową może proces powstrzymać i dziecko utrzymać. W gruźlicy ciężkiej znowu abortus nic nie pomoże, a poród w swoim czasie da przynajmniej dziecko, które, wobec braku dziedziczności gruźlicy, może być zupełnie zdrowe, o ile je po porodzie oddzielimy zaraz od matki. Karmienie dla kobiet gruźliczych jest bezwzględnie przeciwwskazane i to nietylko ze względu na matkę jak przedewszystkiem ze względu na dziecko. W rozdziale o leczeniu podnosi on entuzjastycznie wartość leczniczą sztucznej odmy piersiowej, którą uważa jako jedyną leczniczą metodę kliniczną. Zaprzecza przytem wartości wszelkim metodom tzw. specyficznym, więc tuberkulinie, surowicom i szczepieniom swoistym, które radzi wprost skreślić ze sposobów leczenia gruźlicy. Omawiając leczenie klimatyczne podkreśla, że dla gruźlicy płuc nie ma wprawdzie klimatu specyficznego, ale przecież najkorzystniejszy jest klimat górski przy wzniesieniu od 600 do 1500 m., zwłaszcza od 1000 do 1200 m., i podaje dokładnie wskazówki wyboru miejsca do budowy sanatorjów.

W części „społecznej" Bernard szeroko omawia wpływ czynników, mających znaczenie dla rozwoju i szerzenia się gruźlicy, podnosząc wpływ tak czynników bezpośrednich (skupienie społeczne, życie rodzinne, szkolne, wojskowe, „urbanisatio et industrialisatio", zawód) jak i pośrednich (mieszkanie, odżywianie, alkoholizm, nędza i bezrobocie). Przechodząc do walki z gruźlicą, której głównym celem jest właściwie walka z plwociną, autor podaje metody walki, do których należą: a) środki bezpośrednie, więc poradnie (dyspenzorja), sanatorja, szpitale specjalne, środki służące do ochrony dziecka i wychowanie ogólne pod względem znajomości gruźlicy; b) środki pośrednie, więc higjena żywienia, walka z alkoholizmem, poprawa mieszkania i higjena ogólna ludności. Ośrodkiem zaś głównym dla całej walki z gruźlicą muszą

być tylko poradnie (dyspenzorja) gruźlicze, które kierują całą akcją i roztaczają opiekę nad osobnikiem gruźliczym i jego otoczeniem.

W osobnym ustępie omawia Bernard ustawodawstwo francuskie, dotyczące poradni (dyspenzorjów), sanatorjów i znaczenie ubezpieczenia społecznego dla walki z gruźlicą. W tym dziale przedstawia on również zalety i wady obowiązku zgłaszania przypadków gruźlicy, którego jest zwolennikiem bezwzględnym, widząc w nim wielkie korzyści dla walki społecznej z gruźlicą. Podnosi on jednak, że zgłaszanie obowiązkowe może być tylko wtedy realne, jeżeli: 1. będzie połączone z zachowaniem tajemnicy lekarskiej, więc zgłaszanie tylko do władz lekarskich; 2. jeżeli dotyczyć będzie przypadków tylko pewnych; 3. jeżeli równocześnie Państwo będzie miało dostateczną liczbę środków zapobiegawczych i pomocnych do leczenia gruźlicy. Obowiązek zgłaszania powinien więc iść równolegle z rozwojem poradni (dyspenzorjów), sanatorjów, szpitali i innych środków leczniczych dla gruźlicy.

Książka w treść bardzo obfita, styl łatwy, język zrozumiały, tak, że czytelnikowi przyniesie ona prawdziwą korzyść naukową i praktyczną i z tych względów jest ona bardzo godna polecenia, zwłaszcza dla tych, którzy chcą pracować społecznie w tym kierunku.

M. F. (Lwów).

Dr. Matylda Biehler. **Podstawy diagnostyki chorób dzieci.** Z rysunkami i tablicami w tekście. Nakład Gebethnera i Wolffa. Warszawa—Kraków i t. d. Str. 605.

Brak podręcznika polskiego, któryby pozwolił ogółowi studentów i młodych lekarzy zapoznać się z właściwościami ustroju dziecięcego i nauczał metodyki badań tegoż wieku, miał być bodźcem do napisania tej książki. Wedle słów w przedmowie zawartych, było zamiarem autorki stworzyć „krótki" podręcznik dla młodszych kolegów stawiających pierwsze kroki w dziedzinie pedjatrji. Potrzeba podręcznika szkolnego, napisanego w sposób jasny i przejrzysty, a przedewszystkiem zwięzły, któryby dawał studentowi całokształt nowoczesnej nauki o chorobach dzieci jest ogromną. Wyczekuje takiego podręcznika ucząca się młodzież z upragnieniem, a taksamo i nauczający. Dzieło takie wspomogłoby ich w zadaniach i uprościło im pracę. Należy przeto rozpatrzeć, czy książka ta może istotnie stać się podstawą dla studjujących, czy więc osiągnęła ona cel dydaktyczny, który przyświecał zamiarom autorki.

Całość składa się z trzech części. Pierwsza, stosunkowo najkrótsza, zawiera cyfry, tablice i wykresy z dziedziny pomiarów antropometrycznych, zebrane u najrozmaitszych autorów.

Część druga obejmuje na trzystu prawie stronicach druku naukę o budowie poszczególnych narządów, ich przeznaczeniu oraz o sposobach ich badania. Za ten magazyn encyklopedycznych wiadomości, drobiazgowo nagromadzonych w tem miejscu, nie będzie wdzięczny ani uczący się student ani też „stawiający pierwsze kroki" adept sztuki lekarskiej. Nacóż bowiem przydać mu się może np. zestawienie wymiarów długości, szerokości i waga pęcherzyków nasiennych u dzieci w różnych okresach ich życia? (Str. 219), bądź czego nauczyć takie spostrzeżenie, że u niektórych dziewczynek nos czerwienieje podczas miesiączki? (Str. 277). Jeśli dla pracy naukowej potrzebować będzie cyfr ściślejszych, to i tak będzie musiał sięgnąć po szczegóły do tych źródeł, z których czerpała autorka.

W tej samej części znalazł się rozdział o badaniu zmysłów i psychice dziecka, co już stanowczo przekracza ramy i potrzeby podręczników o diagnostyce chorób dziecięcych. Całość książki nie ucierpiałaby na tem bynajmniej, gdyby z niej wyłączyć część pierwszą i drugą. Działy te opracowane przez autorkę najwidoczniej z zamiłowaniem i znajomością mogłyby stanowić oddzielne dla siebie książki. Znalazłszy się zaś obok właściwej części diagnostycznej, stały się dla książki balastem rzeczy niepotrzebnych i swym nadmiarem przeciążające. Dopiero ostatnia część najważniejsza i jedynie usprawiedliwiona tytułem dzieła zawiera opisy chorób i ich objawów. Lecz i tu cel dydaktyczny, mający być wytyczną książki nie został osiągnięty. Rozdział ten bowiem, pisany jak gdyby z wyczerpaniem, zawiera w wielu opisach wiele niedokładności bądź wiadomości wprost mylnych. Jako takie nie powinny się one znaleść w dziele naukowem. Jakże bowiem naczej ocenić taki opis, jak np. ten, że „laseczka błonicza wytwarza nietylko błony lecz także jady, a siła jadu dyfterytycznego jest bardzo wielka: wystarcza $1^1/_2$ kropli toxyny, by zabić świnkę morską, ważącą nieco więcej niż funt" (Str. 334). Tak, jak gdyby siłę jadu można mierzyć kroplami? Przecież każdoraka toksyna zawierać może inną dla siebie siłę jadu. Usprawiedliwionem byłoby raczej żądanie, aby zamiast odmierzania jadu na krople, znalazło się w opisie o błonicy wyjaśnienie, co to jest najmniejsza dawka śmiertelna dla świnki morskiej i jak odróżnić odczyn próbny codatni od wrzekomego. Czy, uważając płonicę za chorobę pierwotnie toksyczną, można się zgodzić bez zdumienia na to, że okres wylegania tej choroby trwać może aż 21 dni? (Str. 320). Zdaniem autorki w gruźlicy dziecięcej pierwotny jej okres obejmować ma swą zmianą gruczoły (Str. 336), gdy tymczasem uznanem jest, że okres ten ogranicza się przedewszystkiem do zmian w miejscu pierwotnego zajęcia, zwanem ogniskiem Ghona i sąsiednich najbliższych gruczołów o czem jednak w książce brak najmniejszej wzmianki. Przymiot wrodzony ma „zazwyczaj" przechodzić na dziecko od matki" (Str. 360), podczas gdy wiemy już z całą pewnością, iż niema w żadnym przypadku kiły wrodzonej u dziecka bez zakażenia matki, która jest nie „uodpornioną względem nowego zakażenia" tylko nie zakaża się kiłą powtórnie dlatego, ponieważ jest nią dotknięta. Wstrzykując surowicę z jakichkolwiek powodów, nie jest korzystnem wstrzykiwać ją w pośladki, a bezwarunkowo nie można w wewnętrzny mięsień uda, (Str. 370) lecz tylko w zewnętrzny t. j. prostujący czterogłowy (vastus lateralis). W opisie schorzeń krtani jest ustęp o „kurczu głośni (asthma spasticum infantum) t. z. dychawica Kopp'a lub dychawica grasicowa, występować ma ona nie tylko jako objaw w krztuścu, dławcu i t. d. lecz jako choroba samoistna, polegająca na drgawkach tonicznych mięśni, zwężających krtań. Choroba ta ma zależeć od przerostu grasicy, usposabiać ma do niej krzywica, występować ma najczęściej w zimie u dzieci nerwowych zamieszkujących ciemne mieszkania, a także u cierpiących na zaburzenia w przewodzie pokarmowym". Powyższy opis cierpienia dosłownie przytoczony, powinien był ulec krytycznej rewizji, zanim go tu umieszczono. Pomieszano bowiem kilka objawów pozornie sobie podobnych, które mogą towarzyszyć różnym schorzeniom jak i podano dla jednej choroby całą skalę najrozmaitszych przyczyn. Co innego jest skurcz głośni, polegający na drgawkach tonicznych u dzieci krzywiczych, a całkiem coś odmiennego szmer pochodzący od przerosłej grasicy. Co wreszcie ma wspólnego ten objaw, polegający na „zwężeniu krtani" w dławcu, gdzie cieśń głosową zamykają mechaniczne błony, a co u cierpiących na zaburzenia w przewodzie pokarmowym, trudno jest wyrozumieć. Z podobną mieszaniną pojęć i objawów chorobowych można się spotkać chyba jeszcze w dawnych podręcznikach. Nowoczesne poglądy na schorzenie, błąkające się jeszcze pod nazwą „dychawicy grasicowej" wypadają bardzo sceptycznie. Rozdział o chorobach żołądka i jelit (Str. 459) jest rejestracją najrozmaitszych poglądów na te sprawy panujących w różnych czasach i krajach. Zamieszczono więc klasyfikację o historycznem już tylko znaczeniu jak Bartheza i Rillieta, dalej podziały Marfana i wreszcie ostatniej doby t. j. Czernego, Finkelsteina i Meyera, Lusta i Bendixa, Michałowicza. Takie nagromadzenie rozmaitych zapatrywań wraz z podziałkami nie ułatwia bynajmniej orjentacji i robi wrażenie rzeczy pozostawionych zafrasowanemu czytelnikowi do wyboru. Zbiedzony adept znajdzie się w położeniu tonącego na środku głębi. Schorzenia nerek przedstawione są zbyt krótko i schematycznie. Po przeczytaniu dotyczących rozdziałów nie można sobie wyrobić należytego pojęcia o obrazach klinicznych. Kłębuszkowego zapalenia nerek w płonicy nie przedstawiono tak. jakby częstość tego cierpienia i jego znaczenie wymagało, brakuje tego zarówno w rozdziale o chorobach nerek jak i przy opisie płonicy. Zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych uważa autorka za schorzenie rozgrywające się na błonach śluzowych te narządy wyścielających, zamiast zgodnie z ostatniemi pracami za ropnie miąższu nerkowego. Tosamo można powiedzieć o schorzeniach skóry. Znacznemu i często spotykanemu cierpieniu o wybitnym obrazie klinicznym, jakim jest *erythrodermia desquamativa Leiner'i* poświęcono zaledwie kilka słów wzmianki.

Podobnych usterek i błędów w całej książce mnóstwo. Jedną z przyczyn tych tak często powtarzających się niedomagań jest, zdaje się, ta okoliczność, że autorka, poświęciwszy wiele pracy skrzętnemu wyszukiwaniu i zbieraniu najrozmaitszych wiadomości u różnych autorów, starała się je wszystkie bona fide zamieścić w swem dziele. Za mało dała Siebie, za wiele cudzego. Podręcznik nie stał się skutkiem tego ani „krótkim" jak zamierzała autorka, ani łatwym do ogarnięcia. Brak rycin i odpowiednich wykresów z przebiegu chorób jest wprost dotkliwy, razi ubóstwo samego wydawnictwa i zupełna niezdarność formy drukarskiej, jaka w takich dziełach obowiązywać zwykła; wszystko to zapisać trzeba na niekorzyść dzieła. Ostatni zarzut nie dotyczy jedynie tylko autorki, której chęci były zapewne jak najlepsze. Nie można się tylko oprzeć zdziwieniu, że na takie lekceważenie swej pracy u nakładców autorka przyzwoliła. Stwierdzając wielką skrzętność, pracowitość i dobrą wolę autorki, należy jednak podnieść, że podręcznik ten nie może zadowolić ani lekarza ani uczącej się młodzieży, choćby już tylko dlatego, że wiadomości w nim zawarte są tak chaotyczne i nieścisłe, że mogłyby się stać przy egzaminach przyczyną przykrych nieporozumień.

Stanisław Progulski (Lwów).

———

P. T. Prenumeratorów P. G. L., którzy otrzymali pod opaską 1—2 zeszyt Wykładów Lekarskich z pracą Dra Szczepańskiego, prosimy o jaknajrychlejsze nadesłanie kwoty 2 Zł lub o zwrot zeszytu pod tą samą opaską.

———

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Zapiski lecznicze.

Zapalenie płuc u dzieci. Hoppe i Freeman otrzymywali dobre wyniki przy stosowaniu śródżylnem lub dootrzewnowem merkurochromu, — 5 miligramów na kilogram wagi — przy zapaleniu płuc u dzieci. Czas trwania schorzenia był krótszy, a śmiertelność znacznie niższa. (South. M. J.).

Tuczenie insuliną. Wstrzykiwanie codzienne przez dwa lub trzy tygodnie insuliny w dawkach powoli zwiększanych od 20 30 40 do 60 jednostek rozdzielonych na 3 wstrzykiwania wykonywane na ½ godziny przed jedzeniem, które winno zawierać dużo węglowodanów, prowadzi do gwałtownego wzrostu wagi. Szczególnie piękne wyniki otrzymywano przy astenji, u rekonwalescentów, przy chor. Basedowa i gruzlicy. (M. Kl.).

Poty nocne u gruźliczych. Obok nie zawsze pewnych w działaniu zabiegów wodoleczniczych i agarycyny, podnieść należy działanie w małych dawkach po 0.25 veronalu. Dobre wyniki daje nowy preparat „Saivysat" (Bürger) — wyciąg z folia salviae, podany 3 razy dziennie po 15—30 kropii.
(D. m. W.

Basedow i insulina. Richter wstrzykując małe dawki insuliny (2,5—5 jednostek) chorym na Basedowa obserwował znikanie niepokoju ruchowego i potów, zmniejszenie wola oraz przybytek na wadze. Teoretycznie leczenie to znajduje uzasadnienie w antagonizmie trzustki i tarczycy. (M. Kl.).

Dychawica oskrzelowa. Po wstrzykiwaniach śródżylnych „strontiuranu" (Weil, Frankfurt) w ilości 5 cm³ co drugi dzień obserwowano w dużym odsetku przypadków poprawę. Przeciętnie wystarczało 6 wstrzykiwań. (D. m. W.).

La Presse Médicale.

Nr. 1. 1926.

E. Lesné et R. Turpin. **O spasmofilji.** Referat zbiorowy.

A. Sézary: **O przebiegu kiły w krajach podzwrotnikowych i patogenezie kiły układu nerwowego:** Kiła u ludów Dalekiego Wschodu i krajów podzwrotnikowych wykazuje w przebiegu swym pewne odchylenia od typu spotykanego zazwyczaj w Europie. Zmiany na skórze i w zakresie układu kostnego olbrzymie kilaki doprowadzające do ściągających blizn wybijają się tem na plan pierwszy, podczas gdy błony śluzowe i narządy wewnętrzne są dotknięte rzadziej i w mniejszym stopniu. Do zjawisk zaś wyjątkowych należą schorzenia metaluetyczne układu nerwowego: *paralysis progressiva i Tabes dorsalis.*

Autorowie zajmujący się dotychczas tą kwestją przypisywali fakt ten bądź swoistym własnościom krętka bladego, bądź rasowej odporności przeciw zakażeniu układu nerwowego, wreszcie czynnikom ubocznym jak alkoholizm i t. d.

S. poddaje krytyce powyższe zapatrywania, dowodząc, iż charakter objawów zakażenia kiłowego w Europie ulegał w ciągu wieków powolnej zmianie; objawy ze strony skóry stawały się coraz mniej gwałtowne, objawy ze strony układu nerwowego coraz częstsze. Jako przyczynę autor podaje pewną dziedziczną allergię wytworzoną w ciągu wieków, skutkiem, której objawy skórne zaznaczały się coraz słabiej. Jednak i wytwarzanie przeciwciał u takich chorych jest słabsze niż przy gwałtownych zmianach na skórze, tak iż przy niedostatecznem leczeniu, powstają warunki korzystne dla zakażenia centralnego układu nerwowego zwłaszcza, iż ten ostatni posiada bardzo małą zdolność wytwarzania ciał obronnych.

Nr. 2.

M. Loeper i L. Marschal. **Nerw błędny i wrzód okrągły żołądka.** Na podstawie własnych spostrzeżeń i prac innych autorów, L. i M. omawiają ścisły związek między wrzodem okrągłym żołądka, a zmianami w zakresie nerwu błędnego. Podkreślają często spostrzegany charakter zapalny tych zmian, w otoczeniu wrzodów drążących, co świadczyłoby o wtórorzędnem ich powstawaniu. Wywołują one nieprawidłowy stan podrażnienia nerwu, wraz z następowemi zaburzeniami ruchowemi i wydzielniczemi wpływając w ten sposób na pogorszenie obrazu chorobowego. Autorowie podkreślają ważność zmniejszania się leukopedezy żołądkowej w stanach wzmożonego napięcia nerwu błędnego co wpływa niekorzystnie na warunki gojenia się wrzodu.

H. Busquet: **Pyrola umbellata i jej działanie moczopędne.** Pyrola umbellata, roślina południowo amerykańska znajduje się w Farmakopei angielskiej jako środek moczopędny i cieszy się tam znacznem uznaniem, jest natomiast prawie nieznaną na kontynencie.

Stosowana jest jako wyciąg alkoholowy ze sproszkowanych liści w dawce 15—20 kropli dwa razy dziennie. Toksyczność preparatu jest bardzo słaba, działanie moczopędne silne, występujące w ¼ godz. po zażyciu i utrzymujące się do 48 godzin. Wywozowi wody towarzyszy wzmożony wywóz chlorków i azotu.

L. Desgouttes i A. Ricard. **O technice cholecystektomji.** Nie nadaje się do streszczenia.

Z. Czeżowska (Lwów).

Surgery Gynec. a. Obst.

XI. IV. 1925.

Wyard. **Kilka uwag tyczących t. zw. „leather baule stomach".** W. obserwuje 7. przyp. sprawy chorobowej żołądka, różnie przez autorów zwanej (*fibromatosis ventriculi, — scirrhus ventriculi, — linitis plastica, cirrhosis ventriculi, — induratio fibr. ventriculi*) — stwierdza, że nazwy te z punktu widzenia klinicznego i patologicznego nie mają racji bytu i powinny być zniesione, ponieważ właściwa podstawowa sprawa chorobowa może być wprost wymieniona jak: *fibromatosis, carcinomatosis* i t. d.

Warren Pierce. **Chirurgja plastyczna nosa.** Z 9-ciu zabiegów plastycznych wykonanych przez autora, godne uwagi są następujące:

1) Z powodu braku połowy nosa, wywołanego uderzeniem odłamka metal., uzupełniono go płatem wziętym z policzka, w który poprzednio wszczepiono blaszkę chrząstki żebr. (2 cm × 4 mm × 4 mm).

2) Podobny ubytek uzupełniono met. Essera.

3) W przypadku *rhinophyma* wycięto przerośniętą tkankę a ubytek pokryto płatkami *Thierscha.*

4) W nosie siodełkowatym z cięcia intrasalnego przedłużowano wyrostki szczęki u podstawy wązkiem dłutem, a w 6 tygodni później uzupełniono siodło chrząstką 8-go żebra (reszta chrząstki może być przechowana pod skórą powłok brzusznych na wypadek nieudania się zabiegu). Autor woli chrząstkę niż kość lub celluloid, bo nie ulega ona tak prędko resorbcji, zakażeniu i td.

5) Nos garbaty — autor usuwa klin z środkowej części kości nosowych wązkiem dłutem, a następnie oddziela kości te od szczęki i przesuwa ku środkowi i dołowi tak, że wycięty poprzednio otwór klinowy znika a kontury grzbietu nosa przybierają kosmetycznie ładny wygląd.

Caldwell a. Zimminger. **Tłuszczako-mięsak kanału kręgowego.** U osobnika 69 letniego stwierdzono typowe objawy guza na wysokości cauda equina, więc wykonano zabieg i okazało się, że był to guz o dużej ilości tkanki tłuszczowej; po usunięciu go chory zmarł z powodu zapalenia opon. Mikroskopowo wykazano, że jest to tłuszczako-mięsak o typie komórek tłuszcz. embrjon. — Dotychczas opisano podobnych guzów 51, z tych wyosobnić można trzy postacie: tłuszczako-śluzako-mięsak — tłuszczak z polami zwyrodnienia mięsak., — i prawdziwy tłuszczakomięsak.

Naffziger. **Sposób lokalizowania guzów mózgu.** Jeżeli szyszynka jest zwapniała (a ma to miejsce w 50%) — położenie jej może dać ważne rozpoznawcze wskaźniki w sprawach wywołujących wzmożone ciśnienie śródczaszkowe. Mianowicie: położenie jej na prawo od linji środk. wskazuje na sprawę w lewej połowie nad namiotem — na lewo zaś przeciwnie — dalej, położenie w linji środkowej przy obecnem wzmożonem ciśnieniu, wskazuje na równe ciśnienie po obu stronach.

Day a. Hartin. **Brodawczak moczowodu i nerki.** Autorowie przedstawiają 2 przypadki brodawczaka nerki, a zastanawiając się nad leczeniem jego, dochodzą do przekonania, że największą nadzieję zupełnego wyleczenia daje pierwotne usunięcie nerki i moczowodu, zaś dwurazowy zabieg jest zwykle niepotrzebny.

Helwig. **Promienica jajnika i trąbki.** Opisawszy przypadek promienicy jajnika i trąbki, H. podaje wykaz 30-tu przypadków promienicy macicy i przydatków opisanych.

Colly. **Pozostałości embrjonalne pęcherza moczowego.** U kobiety 50 letniej, która cierpiała od 5 lat na częste, bolesne oddawanie moczu, ból nad spojeniem łonowem, stwierdzono cystoskopem nieregularne pole wystające 2 mm nad powierzchnię, okrągłe, czerwonawej barwy, w środku zawierające złogi wapienne w postaci białej plamy. Myślano więc o nowotworze; przy zabiegu zmienione to miejsce usunięto i pod drobnowidem stwierdzono wśród tkanek wchodzących w skład ściany pęcherza pole zbudowane jak gruczoł z nabłonkiem ułożonym w kolumny, wydzielającym śluz. Rozpoznanie: ściana pęcherza z zabłąkanym gruczołem możliwie że pochodzenia z odbytnicy.

Parmenter. **Badanie moczu przy nowotworach dróg moczowych.** Autor radzi w przypadkach, w których jest podejrzenie nowotworu dróg moczowych przeprowadzać cytologiczne badanie moczu; najbardziej wartościowe jest to badanie przy hipernefroma. Autor przedstawia ryciny badania cystolog. w wielu przypadkach, dodając, że ewentualny ujemny wynik badania wskazuje na brak guza lub brak komunikacji jego z światłem dróg mocz., na niemożność odróżnienia elementów nowotw. od nabłonka prawidłowego, wreszcie na niemożność rozpoznania tych elementów z powodu zmian zwyrodnienia i t. d.

Wildenstein. **Kilka uwag o odpływie żółci do dwunastnicy.** Ponieważ jedni twierdzą, że wzmożone ciśnienie śródbrzuszne nie jest w stanie wycisnąć żółci z pęcherzyka do dwunastnicy nawet gdy zwieracz O. jest zwolniony — a drudzy, że już ciśnienie przy końcu wdechu jest zdolne wycisnąć żółć jeśli zwieracz jest nie skurczony, autor wykonuje doświadczenia celem przekonania się o prawidłowości jednego względnie drugiego zdania, i dochodzi do wyników zgadzających się ze zdaniem drugiem; zwolnienie zaś zwieracza najlepiej otrzymać przez podanie siarczanu magnezu.

Fischer. **Leczenie insuliną i glukozą chirurg. wstrząsu i niecukrzycowej kwasicy.**

1)W przypadkach przedoperac. nie cukrzycowej kwasicy przez podawanie podskórnie insuliny i śródżylne glukozy, otrzymuje się nagłe zmniejszenie ketonemji i to szybciej niż przez podawanie samej glukozy.

2) W 5-ciu przypadkach chirurg. wstrząsu podobne leczenie sprowadza szybkie ustanie objawów klin., również szybciej niż przy stosowaniu innego leczenia.

1925. May XI. V.

Kreuscher. **Zastąpienie porażonych mięśni pośladkowych przez m. erector spinae.** U 10 letniej dziewczynki z zupełnem porażeniem wszystkich mięśni kończyny dolnej prócz m. lędźwiowo-udowego, zastąpiono porażone mięśnie pośladkowe przez m. erector spinae; — mianowicie: z cięcia lędźw., odsłonięto m. erector, oddzielono podłużnie część jego (długości około 6 cali) i odpreparowano przyczep od grzebienia; następnie w ten kikut mięśnia założono kilka nitek jedwabnych, tak by dolne ich końce zwisały swobodnie, potem osobnem cięciem odsłonięto krętarz i górny koniec kości udowej, przepiłowano w nim dwa kanały i podminowawszy skórę wraz z tkanką tłuszczową długiemi szczypcami w kierunku cięcia pierwszego, sprowadzono końce nitek przez tak powstały kanał i przymocowano do krętarza w miejscu wykonanych kanałów, ustawiając nogę w abdukcji. — Ranę zamknięto nie zostawiając drenów.

W abdukcji należy nogę trzymać przez 6—8 miesięcy t. j. do czasu kiedy jedwab jest dostatecznie umocowany. Wówczas chory poczyna chodzić na kulach uważając zawsze by nie wykonać za dużej abdukcji; leczenie kończy się masażem, elektryzacją i t. d. — Po 8-miu miesiącach chora, po poprzedniem ustaleniu w stawie kolanowym, zdolna była chodzić bez podparcia (po raz pierwszy od 3 lat).

Smith. **Rad sam lub połączony z leczeniem chirurgicznem w ginekologji.** (150 przypadków). Autor zastanawia się nad poszczególnemi sprawami chorobowemi, przytaczając ciekawsze przypadki. Szczególną uwagę zwraca na dawkowanie radu. Wyniki streszcza mniejwięcej w następujących zdaniach:

1) Sam rad daje dobre wyniki w zap. przewlekłych macicy i małych włókniakach.

2) Zabiegi plastyczne szyjki i krocza mogą być wykonane z wyśmienitemi wynikami w czasie, kiedy rad założony jest do wnętrza macicy.

3) W daleko posuniętych przypadkach raka szyjki i ciała macicy rad jako paljatywny czynnik jest bardziej pomocny niż inne leczenie.

4) We wczesnych przypadkach raka szyjki przepalenie z równoczesnem założeniem radu ze stosowaniem lub bez promieni X — daje wyniki tak wartościowe, że ten sposób leczenia powinien być uważany za podstawowy.

Mathe. **Wędrująca nerka.** Omówiwszy dokładnie etjologję, patologję, symptomatologję i leczenie dochodzi M. do następujących wniosków:

1) W większości przypadków tej sprawy brak objawów i leczenie jest zbędne. W pewnym natomiast odsetku utrzymujące się objawy (jak ból lędźw., dolegliwości ze strony przewodu pokarm., dróg mocz., systemu nerw., utrata ciężaru i t. d., wymagają ustalenia nerki przez podtrzymanie brzucha lub chirurg. leczenie.

2) Sprawa częściej występuje u kobiet, bo doły nerkowe są u nich płytsze, cylindryczne lub lejkowate.

Ta skłonność do zmiany miejsca zwiększa się w okresie dojrzewania z powodu rozwoju kości miednicy.

U mężczyzn doły nerkowe są w kształcie gruszki, węższe, głębsze.

3) Częstsze występowanie po stronie prawej należy odnieść do kształtu dołu nerk., obecności wątroby i słabiej rozwiniętej powięzi okołonerkowej po tej stronie.

4) Większość przypadków może być leczona przez podtrzymywanie brzucha, dobre odżywianie i ćwiczenia.

5) Nefropeksja jest wskazaną w pewnych tylko przypadkach.

6) Autor wykonał nefropeksję w 30 przypadkach z wynikiem dobrym w 96%.

7) Przeglądając piśmiennictwo nasuwa się uwaga, że chirurgiczne ustalenie traci wartość z wielu przyczyn.

M. Guize. **Drenaż przewodu piersiowego (d. thorac.) w zapaleniu otrzewnej.** Doświadczenia są prowadzone w tym kierunku, by odpowiedzieć na pytania: 1) czy bakterje wstrzyknięte do jamy otrzewn. i wywołujące zapalenie otrzewnej mogą być otrzymane z przewodu piersiowego; — otóż wstrzykiwany bacillus prodigiosus nie był znachodzony w limfie przewodu piersiowego.

2) czy płyn przewodu piersiowego jest w tych przypadkach toksyczny? — Otóż działania toksycznego nie wykazano (wstrzykiwano płyn szczurom dożylnie).

3) czy drenaż przewodu piersiowego przynosi korzyść doświadczalnym zwierzętom z zapaleniem otrzewnej? — Badania wypadły ujemnie. Zwierzęta wszystkie zginęły.

Gager. **Chirurgiczne komplikacje cukrzycy leczone insuliną.** W 8-miu przypadkach cukrzycy z komplikacjami (zgorzel, ropnie i t. d.) zauważono zadowalające gojenie się ran przez stosowanie insuliny.

Doran a. Brown. **Osteomyelitis haematogenes.** Statystyczne daty z 71 przypadków, obserwowanych w szpitalu dla dzieci.

Hüllen. **Skręt sieci dużej.** Autor przedstawia 3 przypadki skrętu, przytem omawia dokładnie patogenezę, podział, symptomatologję i leczenie sprawy. Podaje obfite piśmiennictwo.

Milliken a. Whitaker. **Kliniczne użycie tetrajodofenolphtaleiny w cholecystografji.** Z 40 obserwowanych przypadków tylko w 4-ech zauważono cięższą reakcję, z czego wniosek, że tetrajodfenoftaleina jest lepszym i łagodniejszym środkiem, niż tetrabromfenoftaleina. Rozpoznanie patolog. sprawy woreczka jest przy pomocy cholecystografji dodatnie w 98%. Praca zawiera 16 pięknych roentgenogramów.

Gusch. **Tężyczka żołądka (Gastric tetany).** Autor opisuje przypadek tężyczkowego skurczu żołądka, objawiającego się uporczywemi wymiotami, — tonicznemi skurczami, zwykle obustronnemi, zaczynającemi się w palcach rąk i nóg, przebiegającemi dośrodkowo z zamknięciem odźwiernika. Przypadek skończył się śmiertelnie. Jedyne leczenie, to wczesne zespolenie żołądkowo-jelitowe; wskutek stosowania leczenia chirurgicznego zmniejszył się procent śmiertelności z 90% na 37%.

Janik (Lwów).

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. X. Nr. 3. September 1925.

Black T. Memphis. **Potworniak lity jajnika.** Są to nowotwory b. rzadko występujące o charakterze złośliwym, dające złe rokowanie. Histogenetycznie dotąd niejasne, gdyż teorja blastomerów zrozumialszą jest raczej dla embrjologa i fizjologa. Co do leczenia to jedynie u młodych kobiet dopuszczalne jest do pewnego stopnia — postępowanie zachowawcze, u kobiet zaś starszych jedynym ratunkiem jest radykalna operacja.

J. Rubin. (New York). **Endometroskopja (Hysteroskopja)** zapomocą przedmuchiwania trąbek. Autor opisuje narzędzia i sposób przeprowadzania tej metody, wykonanej z dobrym skutkiem u 42 chorych, omawia wskazania i przeciwwskazania wykazując wyższość nowej metody nad istniejącemi dotąd metodami pomocniczemi dla ścisłego i dokładnego rozpoznania.

W. Heudry (Toronto). **Analiza kliniczna 152 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej.** Najczęściej zdarza się u kobiet około trzydziestoletnich, w innych okresach życia ciąża zewnątrzmaciczna występuje rzadziej. Poprzedza ją często dłuższa czasowa niepłodność (prawie w połowie przypadków). W 35% kobiety przebywały choroby w obrębie narządu moczo-płciowego. Pierwsze objawy c. zewnętrz. występują między 4 a 8-mym tygodniem ciąży, i charakteryzują się bólami. Brak bólów stwierdził autor jedynie w 6% przyp. Równocześnie występuje krwawienie, tylko w 20% przyp. krwawienia nie było. Badanie krwi stwierdza zawsze ilość ciałek białych ponad 15.000.

Leczenie zachowawcze stosowano jedynie w przypadkach, w których rozpoznanie było fałszywe, zresztą wszystkie przypadki należy operować natychmiast po rozpoznaniu. O ile chora jest bardzo skrwawioną radzi autor zastosować metodę przetaczania krwi.

J. Miller (New Orleans) **Obrażenia miednicy jako czynnik w chronicznem zapaleniu gruczołu piersiowego.** Uznając, że często może zajść potrzeba usunięcia części gruczołu piersiowego, autor sądzi jednak, że zamało zwraca się uwagę na ukryte nieraz czynniki, będące przyczyną uporczywych spraw zapalnych gruczołu piersiowego, do których zalicza również i obrażenia miednicy.

C. Masson-O. Foncar. **Leczenie chlorkiem cynku w ginekologji.** Leczenie jest b. proste, wymaga jednak znacznej ostrożności. Unikać należy nadmiaru roztworu wprowadzonego do macicy, gdyż skutkiem skurczu może się płyn dostać przez trąbki do otrzewnej, lub przez szyjkę do pochwy. Wprowadzanie gazy do macicy należy uskutecznić w ten sposób, aby nie dotknęła ona części rodnych, i nie wywołała oparzenia. Wskazania do tego zabiegu są rzadkie, w określonych jednak, choć nielicznych przypadkach oddaje to leczenie znakomite usługi. Zwłaszcza u kobiet w okresie przekwitania, u których występuje krwawienie nie będące objawem jakiejś sprawy złośliwej, a zachowujące się opornie wobec innych zabiegów. Powikłania kończące się nawet śmiercią, opisywane przez innych autorów, występują zdaniem tego autora wtedy, gdy płyn zostaje wstrzyknięty do macicy wprost strzykawką. Zaletą tego leczenia jest brak uszkodzenia jajników i wielka prostota wykonania.

E. Piper (Philadelphia) **Śródżylne stosowanie merkurochromu.** Z pracy tej wynika, że leczenie tym środkiem nie jest pozbawione dość znacznego nawet niebezpieczeństwa, działanie zaś jest niepewne.

H. Crossen (St. Louis) **Leczenie operacyjne tyłozgięcia macicy.** Autor przechodzi po kolei wszystkie metody operacyjne stosowane przy tyłozgięciach macicy i omawia wskazania, przeciwwskazania i warunki tychże.

J. Baer R. Reis (Chicago). **Opadanie czerwonych ciałek krwi w chorobach kobiecych.** Z badań autorów wynika, że istnieją pewne różnice w szybkości opadania czerwonych ciałek u kobiet zdrowych i chorych. Można więc stwierdzić istnienie lub brak infekcji w ustroju. Dłuższy okres czasu potrzebnego po opadnięciu

ciałek, przemawia przeciwko sprawom zapalnym (ponad 2 godziny). Zdaniem autorów pożyteczną może być ta próba również przed i po zabiegach operacyjnych, a to dzięki temu, że jest subtelniejszą niżli liczba leukocytów lub krzywa ciepłoty.

Wiślański (Lwów).

Monatschrift für Geb. und Gyn.

Bd. LXX. Heft 5—6.

Lüttge (Haale) **O wskazaniach do czasowej sterylizacji promieniami Roentgena.** Sprawa możności uszkodzenia potomstwa po naświetlaniu promieniami Roentgena dotychczas nie jest jeszcze wyjaśnioną; badania Nürnberger'a naszych obaw pod tym względem nie rozwiały. Dokładne dawkowanie promieni nawet i dla doświadczonego roentgenologa jest często niemożliwe, ponieważ nie możemy ściśle określić, jak głęboko pod skórą leżą jajniki, nie mówiąc już o stałych zmianach w ukrwieniu jajnika.

Wobec powyższego wskazania do czasowej sterylizacji, jak również stosowanie dawek drażniących, na razie powinno być o ile możliwe ograniczone.

Rosenstein. **Z kazuistyki i etjologii adenofibrozy w bliznach polaparatomijnych.** U chorej która przed czterema laty przebyła obustronną adneksotomję i ventrofiksację, w środku blizny polaparatomijnej stwierdzono guz wielkości wiśni, nieprzesuwalny, na ucisk bolesny. Histologiczne badanie wyciętego guza dało obraz identyczny ze znanym pod zbiorową nazwą — heterotopowe dobrotliwe bujanie błony śluzowej macicy. Vassner zebrał z piśmiennictwa 19 przypadków podobnych guzów w bliznach. We wszystkich przypadkach guzy powstały w bliznach po operacjach ginekologicznych z czego 14 razy po ventrofiksacji, 2 razy w przebiciu macicy; w 3 przypadkach rodzaj operacji nieznany.

Autor przypuszcza, że we wszystkich tych przypadkach cząstka błony śluzowej macicy była za pośrednictwem narzędzi przeniesiona do powłok brzusznych i tam, jako tkanka nadzwyczaj skłonna do regeneracji, zaczęła bujać.

Gäunsle (Tübingen). **Wyniki zabiegów operacyjnych przy wypadnięciu pochwy i macicy.** Operacyjne leczenie wypadnięcia pochwy i macicy na uniwersyteckiej klinice w Tübingen, polega tylko na rekonstrukcji podstawy miednicy; zmiany położenia macicy (ustawienie horyzontalne, tyłozgięcie) zupełnie nie uwzględnia się. Operacja polega na przedniej plastyce (colporraphia anterior) z izolowanym szwem na septum vesico-vaginale i na właściwej plastyce podstawy miednicy sposobem Sellheim'a. Wyniki operacji zupełnie dobre. Na 364 operowanych kobiet które w parę lat po operacji zgłosiły się do kontroli w 301 przyp. (82,8%) wynik okazał się trwałym. Na 63 przyp. nawrotów, w 38% nawrót wystąpił dopiero po porodzie odbytym bez dozoru lekarza.

Oppenheimer (Frankfurt) **Przyczynek do odmy podskórnej u rodzących.** U rodzącej pierwiastki z miednicą płaską krzywiczą, pod koniec II okresu porodowego wystąpiła odma podskórna na szyi, twarzy i w mniejszym stopniu na górnej części tułowia. Odma utrzymywała się 2 dni, następnie zaczęła się stopniowo zmniejszać i po 8 dniach znikła zupełnie. Zmian w płucach nie stwierdzono. Za punkt wyjścia odmy autor uważa nie błonę śluzową nosa (Viasso) przewodu łzowego (Herman) lub tchawicy (Dunn, Hergott), a opierając się na pracy Tandeloo — sternoparasternalne i mediastinalne części płuc. Podczas silnych bólów partych, zwłaszcza przy ścieśnionej miednicy przychodzi do nagłego wzmożenia ciśnienia w pęcherzykach płucnych; przy pęknięciu pęcherzyka powietrze dostaje się do miąższu płuc. Przy każdym nowym bólu partym powietrze wtłacza się wzdłuż przebiegu oskrzeli w kierunku wnęki płuc skąd łatwo dostaje się do luźnej tkanki śródpiersiowej i w okolicy jugulum przechodzi bezpośrednio do tkanki podskórnej.

Müller (Aaran) **Pęknięcie macicy w miejscu blizny po cięciu cesarskiem szyjnem wykonanem z powodu łożyska przodującego.** U rodzącej przywiezionej do szpitala z powodu krwotoku, stwierdzono podczas laparatomji pęknięcie w dolnym odcinku macicy. Pęknięcie powstało w miejscu blizny po przebytem przed dwoma laty cięciu cesarskiem śródotrzewnowem szyjnem wykonanem z powodu łożyska przodującego.

Ponieważ ściana szyi macicy w miejscu usadowienia przodującego łożyska ulega niezwykłemu zcieśnieniu i rozpulchnieniu, łatwo zdarzyć się może, że szwy po cięciu cesarskiem szyjnem przerzynają ścianę macicy i powstała w ten sposób blizna stanowi przy następnym porodzie locus minoris resistentiae.

Autor popiera zdanie Walthard'a, Frey'a i innych, którzy przy łożysku przodującem zalecają prowadzenie cięcia nie przez szyję, a przez ciało macicy.

Ott (Leningrad) **O niezbędności odkażania pochwy w przypadkach ginekologicznych jakoteż w praktyce położniczej.** Porównując statystykę śmiertelności po operacjach pochwowych w swoim zakładzie (usunięcie macicy przy raku — 1,8%, miomatycznej 0%) z wynikami innych autorów (Schauta 8,9%, Wertheima przeszło 9%) autor przychodzi do wniosku, że tak dobre wyniki zawdzięcza jedynie starannemu odkażaniu pochwy

Po ogoleniu i wymyciu mydłem i miękką szczotką okolicy szpary sromowej namydla się dwoma palcami, względnie połową ręki samą pochwę; mydło i śluz spłukuje się $^{1}/_{2}$‰ sublimatem, a następnie wyciera się pochwę i kanał szyi nalewką jodową. Pochwa po takiej procedurze, jak wykazały badania, w 100% jest zupełnie jałowa.

Ten sam sposób działania jaknajgoręcej poleca autor w każdym przypadku położniczym. Stosując ten sposób odkażania od lat czterech u każdej roniącej i rodzącej autor nie miał ani jednego przypadku zakażenia, a nawet gorączki w połogu.

Obawa, że podczas przestrzykiwania drobnoustroje z pochwy mogą się dostać do jamy macicy jest nieuzasadnioną.

Hilgenberg (Münster). **Przyczynek do sprawy rodzinnego występowania ciężkiej żółtaczki noworodków.** Autor obserwował 3 małżeństwa, w których na 22 porody żywych dzieci, 14 noworodków zmarło na ciężką żółtaczkę. Jedna z tych matek w pierwszem małżeństwie rodziła żywe dzieci, podczas gdy wszystkie dzieci z drugiego małżeństwa (6) zmarły wśród objawów ciężkiej żółtaczki.

Co się tyczy etjologii, to autor przytacza teorję Ilppö zgodnie z którą przyczyną żółtaczki jest zachowanie przez wątrobę właściwości wątroby płodowej, która barwiki żółciowe wydziela nietylko do jelit, lecz częściowo i do krwi.

Wieloch (Marburg). **Przyczynek do patogenezy melaena neonatorum.** Podając dokładny obraz sekcji płodu zmarłego wśród objawów melaena neonatorum, autor przychodzi do wniosku, iż w dotyczącym przypadku wskutek zakażenia pępkowego doszło do zakrzepów w żyle pępkowej i wrotnej; powstały przez to zastój żylny przy upośledzonym wskutek zakażenia krążeniu wywołał znany zespół objawów melaena.

Gerich (Ryga). **Izolowana gruźlica macicy.** U 48-o letniej chorej żalącej się na uporczywe krwawienia, próbna skrobanka wykazała gruźlicę błony śluzowej macicy.

Dokładne badanie wyciętej macicy stwierdziło izolowane usadowienie gruźlicy w błonie śluzowej; warstwa mięsna, trąbki i jajniki były wolne od procesu gruźliczego.

Küstner (Haale). **Badania zmian wewnątrzwydzielniczych po wycięciu macicy, operacyjnem wytrzebieniu promieniami Roentgena i w okresie przekwitania.** Badania autora tyczą się stwierdzenia zmian w czynności jajników przy pomocy próby Lüttge-Mertz'a.

W tym celu autor badał surowicę krwi kobiet: I. w okresie przekwitania w pewien czas po ustąpieniu miesiączkowania.

II. kobiet u których macica była wycięta przed okresem przekwitania, III. u których macica i jajniki były wycięte przed okresem przekwitania, i IV. kobiet wytrzebionych promieniami Roentgena. Badania te wykazały zupełny brak czynności jajników w grupie I i III, czynność jajników nie zmieniona w grupie II i znaczne zaburzenia w czynności jajników w grupie IV.

Po wytrzebieniu promieniami Roentgena pojawiają się więc jakieś daleko idące zmiany w surowicy krwi, zupełnie podobne do tych jakie spotykamy przy nowotworach złośliwych. Promieniami Roentgena nie zniszczymy jajników lecz powodujemy w nich jakieś zmiany, które musimy uważać jeżeli nie za chorobowe, to przynajmniej za stojące na granicy patologji.

Autor uważa, że wskazania do naświetlania promieniami Roentgena powinny być ograniczone tylko do tych przypadków gdzie wycięcie macicy z jakichkolwiek powodów (ciężkie wady serca, cukrzyca i t. d.), nie może być wykonane.

Próba Lüttge-Mertz'a wykonuje się w następujący sposób: miesza się surowicę krwi osoby badanej z wyciągiem jajnikowym i przechowuje się w przeciągu doby w cieplarce przy 37°. Przy jakichkolwiek zmianach w jajniku wytwarzają się związki podobne do amino-kwasów.

Gambarow (Tyflis). **Wakcynoterapja spraw zapalnych przydatków.** Przy leczeniu spraw zapalnych przydatków na tle wiewióra, autor uzyskał najlepsze wyniki po połączeniu wakcynoterapji z leczeniem miejscowem. Przy stosowaniu tylko wakcynoterapji wyniki po dawkach małych lub średnich były lepsze niż po dawkach dużych. Dawka nie powinna przekraczać 500 miljonów drobnoustrojów.

Wakcynoterapja mimo iż często zawodzi powinna być uważana za postęp w leczeniu spraw zapalnych przydatków.

Piotrowski (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXI. Posiedzenie naukowe w dniu 2. października 1925 r.

Przewodniczący kol. Zgórski. Obecnych 108 członków.

Przewodniczący oddaje hołd zmarłemu kol. śp. gen. drowi Gidlewskiemu, zebrani uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie.

Przewodniczący zawiadamia, że biblioteka Towarzystwa znajduje się już w lokalu Towarzystwa, gdzie katalogowaniem jej zajmuje się siła fachowa. Zwraca się do obecnych o składanie darów w postaci książek dla bibljoteki Towarzystwa na ręce kol. Schellenberga (Poliklinika, ul. Lindego 5.). Następnie zwraca się do kolegów, nie składających roczników Pol. Gaz. Lek., o nadesłanie numerów 1—8 z roku bieżącego do administracji pisma.

Na propozycję kol. Felsa postanowiono odczytywać protokół z poprzedniego posiedzenia.

1. Kol. Leńko przedstawia mężczyznę 43-letniego z powiatu równieńskiego, **wyleczonego operacyjnie z kamienia pęcherzowego, o wymiarach 8.0 × 6.0 × 4.5 cm.** Chory podaje, że od lat 3 ma dolegliwości moczowe; jest żonaty od 23 lat i jest ojcem 4. dzieci. Cewnikiem elastycznym wyczuwało się ciało obce, a cystoskop potwierdził to, choć nie można było przeglądnąć całego kamienia w jednem polu widzenia z perspektywy ptaka. Ażeby nie być zaskoczonym niespodzianką jakąś podczas usuwania kamienia, gdyby się wybrało niewłaściwą metode, należało się uciec do zdjęcia roentgenowskiego. Kol. Lenartowski zrobił w pracowni szpitalnej zdjęcie pęcherza, a na kliszy widać cień wielkości jaja gęsiego o wysyceniu odpowiadającem kamieniowi. Tu nie pomogłoby i najsilniejsze kruszydło, bo przedłużenie kruszenia z powodu potrzeby częstego wprowadzania kruszydła, obrażenie tylnej części cewki i opróżniania z okruchów, byłyby w tym szczególnym przypadku większym wstrząsem, niż nacięcie pęcherza, pomimo, że mówca, jak zresztą wszyscy nowocześni urologowie, uważa kruszenie kamienia jako operację z wyboru. 3. IX. b. r. oddzielił mówca szczyt pęcherza od otrzewnej, ażeby móc zrobić otwór w pęcherzu odpowiedni do wyciągnięcia kamienia bez gniecenia brzegów. Okazany kamień waży po wyschnięciu 204 gr, podczas gdy najcięższy kamień z cennego zbioru śp. prof. Ziembickiego ważył 116 gr. Pęcherz zaszyto, sączkując drogą naturalną. W piśmiennictwie są opisane jeszcze większe kamienie pęcherzowe, niemniej przedstawiony należy w dzisiejszych czasach z powodu swej wielkości do okazów rzadkich. Jest też prawdopodobniejsze, że nie 3 lata podane przez chorego, ale kilka dziesiątek lat złożyło się na to, ażeby kamień osiągnął podane wymiary. Chory nienależy widocznie do zbyt wrażliwych i oswoił się dawno ze swojemi dolegliwościami. Dopiero niemożność utrzymania moczu zmusiła go do udania się do lekarza. Mówca zaznacza, że stara się zapobiegać posocznicy wskutek ostrego zakażenia miedniczek i nerek po kruszeniu w pęcherzu lub po nacięciu pęcherza przez odpowiednie przygotowanie chorego, a polega ono na usunięciu zapalenia pęcherza płynami desinfekcyjnemi i sprowadzeniem znacznego pędzenia moczu przed i po zabiegu. W tym przypadku było dość czasu do zakażenia dróg moczowych i to pogarszało rokowanie, a przygotowanie miało na celu uodpornić ustrój przez wstrzykiwanie surowicy przeciwropnej i wyżej wspomniane sposoby.

W drugim przypadku, wyleczonym w ciągu 10 dni, kamień pęcherza ważył zaledwie 0.17 gr, a metodą z wyboru było również nacięcie pęcherza, a nie kruszenie. Chłopiec 7-letni z zakażonym pęcherzem po utrudnionem wprowadzeniu cewnika, przybył z zatrzymaniem moczu. Przy cewnikowaniu i cystoskopii użyto lekkiego otumanienia eterem lub chlorkiem etylu, by zabiegi te mogły wypaść zupełnie bezgnilnie u niespokojnego dziecka i by nie nastąpiło dalsze zakażenie głębszych dróg moczowych. Cystoskopem stwierdzono obecność złogu w okolicy prawego ujścia moczowego, jakby w niem tkwił i zapalenie pęcherza. Dla oznaczenia stosunku kamyka do moczowodu wprowadzono cewnik nieprzepuszczający promieni Roentgena. Na okazanej kliszy widać w pęcherzu cień, który może odpowiadać kamykowi wielkości soczewicy (Dr. Lenartowski). Ponieważ podczas obrzezania obcięto dziecku część żołędzi i nastąpiło zwężenie ujścia zewnętrznego i następowe zmiany w dalszej części cewki, nie dało się tu zastosować najmniejszego kruszydła i trzeba było uciec się do nacięcia pęcherza, celem wyjęcia małego złogu. Winniśmy Civiale'owi pełne uznanie, iż przyrządem którego model mówca daje do oglądnięcia, wykonał podczas swej 40-letniej praktyki 1600 litotrypsyj z minimalnym odsetkiem śmiertelności. W Polsce bardzo wcześnie, jeżeli się uwzględni ówczesne środki komunikacyjne, bo w 6 lat po pierwszem kruszeniu Civiale'a, wykonał prof. Porcyanko w Wilnie swoją pierwszą litotrypsję; po nim poszli inni; jeżeli zaś dziś jeszcze znajdzie się chirurg, który każdy bez wyboru kamień pęcherza usuwa tylko przez nacięcie pęcherza, to powinniśmy to nazwać anachronizmem.

2. Kol. Lachmund przedstawia: a) **przypadek wrzodu części odźwiernikowej żołądka, pozrastanego z trzustką;** b) rozległego **raka żołądka**, w którym wykonał prof. Ostrowski T. rezekcję żołądka w trudnych warunkach; c) przypadek **gruźliczego guza jelita ślepego** oraz **gruźlicy części jelita cienkiego wraz z uchyłkiem Meckela**, wyleczony rozległem wycięciem. Podnosi **dobre wyniki znieczulenia piersiowego**, poleconego przez prof. Jurasza na ostatnim Zjeździe lekarzy w Warszawie. Znieczulenie to (między X a XI wyrostkiem kolczastym — 8 cctm. 1% nowokainy) stosowane przy laparotomjach na oddziele chirurgicznym szpitala nie dało groźnych powikłań. Występujace nieraz bole głowy po operacji ustępują po wstrzykiwaniach 40% urotropiny.

3. Kol. Chrapek przedstawia a) przypadek **śródbłoniaka szczeki dolnej** u osobnika 43 letniego, operowanego przez prof. Ostrowskiego. Guz wielkości pięści obrastał szczękę, głównie po stronie lewej, przechodząc nieco na stronę prawą, wpuklając się do jamy ustnej i okazując ognisko rozpadowe u podstawy języka. W znieczuleniu miejscowem usunięto gruczoły podszczękowe, zresekowano lewą połowę szczęki i część przyśrodkową prawej, usunięto podstawę jamy ustnej wraz z miejscem rozpadowem i częścią podstawy języka; b) przypadek **przewlekłego ropienia, połączonego z przetokami wewnętrznemi zatok czołowych i sitowych.** Wykonano **operację doszczętną zatok czołowych komórek sitowych i zatoki klinowej.** Chory wyleczony opuścił szpital.

5. Kol. Sochański wygłasza wykład: **„Patogeneza chorób nerek w świetle badań klinicznych"** Autor omawia spostrzegane przez siebie zjawiska, związane z problemem patogenezy chorób nerek. Po szczegółowem omówieniu mechanizmu, odnoszącego się do gospodarstwa wodnego i solnego w ustroju, przechodzi — opierając się na obszernym materjale klinicznym — do analizy zjawisk, dających się wykryć przy wykonaniu prób czynnościowych (pr. jodowa, pr. barwikowe, badanie sprawności syntetycznej nerek, określenie wydalania kwasów). Z kolei zajmuje się akustyczną charakterystyką objawów przysłuchowych, spotykanych przy nefropatjach. Ostatnia część pracy poświęca badaniom opartym na rozległej statystyce klinicznej w zestawieniu ze statystykami innemi. Stwierdza korrelację kłębkowo-cewkową z przewagą czynności cewek, którym przyznaje duży wpływ na czynności chemiczne nerek, uzależnia absolutną ilość azotu niebiałkowego od różnych czynników, wśród których wegetatywnym wyrównawczym mechanizmom ważna przypisuje rolę określa niestosunek kwaśności aktualnej moczu i całkowitego wywozu kwasow przy nefropatjach jako wskaźnik nasilenia mechanizmów odkwaszających, akcentuje możliwość, udziału wpływów wegetatywnych w urabianu podkładu dla charakterystycznych objawów przysłuchowych przy chorobach nerek, zebrawszy zaś bardzo liczne dane statystyczne w odniesieniu do łaczności poszczególnych postaci nefropatji z wiekiem i płcią i porównawszy je z resztą swych dociekań w odniesieniu do patogenezy chorób nerek dochodzi do wniosku, iż nastrój wkrewno-wegetatywny ma łączność z jakością postaci chorób nerkowych, przyczem wpływy współczulne są pod tym względem szczególnie dla organizmu niekorzystne, wywołując pośrednio zanik najbardziej wartościowego składnika nerkowego. Wpływom miarkującym zbytnie nasilenie działania współczulnego przypisuje autor duże dla ustroju zbawienne znaczenie.

XXV. Posiedzenie naukowe w dniu 9 października 1925 r.

Przewodniczący Kol. Zgórski Obecnych 96 członków.

1. Kol. Janik przedstawia chorą u której **z powodu mięsaka wykonano amputację międzyłopatkowopiersiową.** Guz najpierw ukazał się w okolicy łopatki, jako z nią zrośnięty, wobec czego usunięto go wraz z częścią łopatki. Guz jednak ponownie się ukazał, tak, że musiano jeszcze dwukrotnie usuwać go wraz z dalszą częścią łopatki. Pierwszy zabieg wykonano w marcu 1918 r. Obecnie chora zgłosiła się do kliniki po raz czwarty z guzem w ⅓ górnej cześci ramienia, rozpadającym się przy ruchach w stawie barkowych znacznie ograniczonych. W znieczuleniu splotu barkowego wykonano powyższą amputację t. j. usunięto guz wraz z kończyną górną i ⅓ obwodową obojczyka. Chora w 14 dni po operacji czuje się dobrze.

W dyskusji Kol. Schramm podaje, że jest to czwarty przypadek, w którym wykonuje ten zabieg. W jednym zrobił go dwufazowo, t. j. najpierw wyłuszczono kończynę w stawie barkowym, a w kilka miesięcy później z powodu nawrotu usunięto łopatkę i część obojczyka. W drugim odrazu wyłuszczono cały łuk barkowy z powodu mięsaka górnej części ramienia, przechodzącego na okolicę łopatkową. Dwa pierwsze przypadki były operowane nie dawno w 1925 i 1924 r., a chorzy żyją; trzeci operowany w 1916 r., chora zmarła w 2 lata później bez nawrotu na cholere. Są to zabiegi nie częste; śmiertelność po operacji wynosi około 10%. Przypadki kliniki lwowskiej wszystkie zakończyły się pomyślnie. Dodać należy, że w 4 przypadkach wykonano w klinice lwowskiej częściowego lub całkowitego usunięcia łopatki z utrzymaniem kończyny z powodu 1) sarcoma, 2) fibrosarcoma, 3) chondroma i 4) myxochondroma.

2. Kol. Ziembicki wygłasza odczyt p. t.: **„Baltazar Hacquet, członek fakultetu lekarskiego we Lwowie z epoki Józefińskiej, kim był i co pisał o naszym kraju, a zwłaszcza o jego zdrojach".** Mówca daje nam szkic biograficzny Hacqueta, analizując tę postać, rozmaicie ocenianą, omawia jego wady osobiste i zalety, wylicza zasługi, położone na polu zbadania naszego kraju, a wśród nich bliższe zbadanie naszych owczesnych źródeł mineralnych, jak **Szkło, Lubień, Krzeszowice, Krynica** i inn. Hacquet też pierwszy opisał **kretynizm**, przywieziony do naszych okolic podtatrzańskich, pierwszy też czynił w b. Galicji kroki, zmierzające do ochrony rodzimej przyrody. Szczegóły, zaczerpnięte z najważniejszego dzieła Hacquet'a; porównuje mówca z innemi źródłami i wyprowadza na tej podstawie odpowiednie wnioski. (Rzecz przeznaczona do druku).

XXVI. Posiedzenie naukowe w dniu 16 października 1925 r.

Przewodniczący kol. Zgórski. Obecnych 89 członków.

Na wstępie postanowiono odczytywać jak dawniej protokól z poprzedniego posiedzenia.

Przewodniczący zawiadamia, że Towarzystwo Walki z gruźlicą wytwarza spluwaczki z kartonu po 10 gr.; spluwaczki te można nabywać w Towarzystwie (Lindego 5).

Kol. Leńko zwraca się do Towarzystwa o wyrabianie również spluwaczek kieszonkowych z kartonu w postaci lampek.

1. Kol. Reis wygłasza: **„O rozpoznaniu różniczkowem jaglicy w przebiegu wieków“.** R. Przedstawia w krótkości rozwój pojęcia jaglicy od czasów najdawniejszych aż do roku 1825, kiedy prof. Jäger z Wiednia po raz pierwszy wyraźnie zaznacza, że „zapalenie egipskie jest oddzielnem zapaleniem spojówki oka, różnem od zwykłego nieżytowego lub śluzoropotokowego zapalenia“. R. przytacza następnie dane, jakie zdobycze nowoczesnej wiedzy lekarskiej dodały do powiększenia i zasilenia rozpoznania różniczkowego jaglicy. Badania nad etjologją cierpienia dziś nie są jeszcze zakończone pomyślnym wynikiem. Anatomja patologiczna również nie jest w stanie wyodrębnić procesów chorobowych, toczących się w spojówce przy jaglicy, chociaż badania nowsze zdążają właśnie w tym kierunku. Nauka o odporności wraz z zastosowaniem odczynów biologicznych dla rozpoznania różniczkowego jaglicy również nie może się poszczycić trwałemi dodatniemi wynikami. Zapoczątkowane przez Kleczkowskiego i Kareiusa w r. 1918 badania doświadczalne nad anafilaksią spojówki oświetliły wprawdzie sprawę jaglicy ze strony badań nad anfilaksją ustroju, ale do praktycznego zastosowania przy rozpoznaniu różniczkowem się nie nadają — jak to wynika z badań kontrolnych przeprowadzonych przez Vancea i następnie przez Nutulescu i Lazarescu. Najnowsza zaś próba Tricoire'a zastosowania dla rozpoznania różniczkowego jaglicy odczynu skórnego (na wzór Pirqueta) ze względów zasadniczych nie rokuje wielkich nadziei. R. omawia następnie obrazy kliniczne jaglicy, poddając analizie poszczególne elementy ważne dla rozpoznania różniczkowego, (wygląd ziaren, umiejscowienie i rozmieszczenie ich). Po przedstawieniu badań teoretycznych, dotyczących samej istoty jaglicy i pośrednio z niemi związanych danych dla rozpoznania różniczkowego, przystąpił R. do omówienia części praktycznej. Fakt niezbity, że jaglica jest chorobą zakaźną, zmusza społeczeństwo do stosowania środków ochronnych. R. przytacza wyjątek z protokołu konferencji, zwołanej w roku ubiegłym przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, w której brali udział profesorowie okulistyki wszystkich uniwersytetów w Polsce. W protokole tym obszernie omówione zostały dane dla rozpoznania różniczkowego między jaglicą, a nieżytem mieszkowym.

W dyskusji Kol. Naróg. Co do jaglicy są doniosłe dwa zagadnienia. Pierwsze zagadnienie t. j. rozpoznanie jaglicy, które napotyka na trudności zwłaszcza u dzieci, drugie zagadnienie stanowi walka z jaglicą. Co do pierwszego dała pewne wytyczne konferencja profesorów okulistyki w Krakowie. Pomimo tych wytycznych rozpoznanie jaglicy zwłaszcza u dzieci nie jest tak łatwe, gdyż jaglica u dzieci usadawia się w początkach na górnych załamkach, pozostawiając spojówkę górnej tarczki wolną. Dlatego wprost koniecznem jest badanie oczu dzieci na rozwórce Demara, która pozwala wywinąć w zupełności górny załamek. Jeżeli się bada powierzchownie i wywróci się tylko powiekę, a nie obejrzy się górnego załamka, to najczęściej przeoczy się jaglicę. Tem należy sobie tłumaczyć to, że obecny przegląd przewyższa znacznie co do liczby ilość przypadków, zgłoszonych poprzednio. Nawet przy odwróconych powiekach trzeba zwrócić uwagę na rozpoznanie różniczkowe pomiędzy granulacjami spojówki *(granulosis conjunctivae)* przy schorzeniach kataralnych, a jaglicą. Momentem rozstrzygającym byłoby to, że przy jaglicy ma się ziarenka różnej wielkości, załamek pofałdowany, często zaczerwieniony, ziarenka znajdują się często na mięsku łzowem, z ziarenek da się wycisnąć ciecz galaretowata, podczas gdy katar folikularny ma ziarenka więcej twarde, jasne, jednolite, ugrupowane rzędem, które przeważają na spojówce dolnej powieki.

Poza rozpoznaniem jeszcze donioślejsze jest zagadnienie walki z jaglicą. Rząd rozpoczął ankietę w sprawie walki z jaglicą. Zaczęto od zbadania dzieci w zakładach zamkniętych t. j. ochronkach i sierocińcach. We wszystkich województwach odbywa się wizytacja tych zakładów. Zaczęto od zakładów, gdyż wspólne mieszkanie daje największy procent zakażenia. Przeprowadzona przez N. wizytacja w kilkunastu powiatach narazie wykazała przeciętnie około 30% jaglicy. Wobec tak dużego procentu walka jest rzeczywiście trudna, gdyż nie daje się wszystkie dzieci zakażone umieścić w szpitalach z braku miejsca; z drugiej strony zakłady nie mogą posyłać dzieci do szpitali, gdyż utrzymują się same i nie mają funduszów na opłaty za pobyt w szpitalu. Zresztą dzieci wypuszczone ze szpitala podlegają dalszym nawrotom jaglicy i narażają otoczenie na zakażenie, o ile wcześnie nie zostaną rozpoznane jako przypadki zakaźne. Dlatego skuteczna walka z jaglicą jest możliwa tylko na miejscu i przez lekarzy miejscowych. Stworzone przychodnie jaglicze powinny stanowić ośrodek tej walki. Celem zapoznania się z rozpoznawaniem różniczkowem jaglicy i ze zdobyczami na polu lecznictwa powinny być urządzone 2. tygodniowe kursa dla lekarzy miejskich ci pozostają w styczności z kliniką i mogą na miejscu leczyć skutecznie ambulatoryjnie. Dla otrzymania dokładnej statystyki jako dobry sposób okazały się: prowadzenie osobnych ksiąg chorych jaglicznych przez wszystkich lekarzy praktyków i ogólne wykazy miesięczne, jak to wprowadzili Prusacy w Królewcu, co uwzględnił Birch-Hirschfeld w swoim referacie.

XXVII. Posiedzenie naukowe w dniu 23. października 1925.

Przewodniczący kol. Zgórski. Obecnych 122 członków.

1. Kol. Nowicki wygłosił wykład p. t.: **„Układ siateczkowo-śródbłonkowy“.** Mówca przedstawił na wstępie histologję układu siateczkowo-śródbłonkowego, podnosząc, że podstawy dla niego dały badania Ranviera, Marchanda i wogóle badania histologów patologicznych. Zasługą Aschoffa i Landau'a jest, że pewien typ komórek ujęli w układ i szereg spostrzeżeń kliniczno-anatomicznych odnieśli do tego układu. N. porusza sprawę stosunku układu R—E do układu makrofagów Metschnikoffa. Aczkolwiek koncepcja układu R-E. jest nie nowa, bo sięga 1913 r., jednak wywołała ona bardzo liczne badania anatomiczne, eksperymentalne i kliniczne. Mówca przedstawia na tablicach rozkład układu R. E. w różnych narządach, podnosi różne jego rozmieszczenie u ptaków i ssaków, a nawet u gatunków poszczególnych, co ma znaczenie dla wyników badań doświadczalnych, niezawsze zgodnych. Z kolei N. omawia czynność tego układu. Najważniejsza czynność, to jego wielka żerność przedewszystkiem odnośnie do ciałek czerwonych. Stąd układ ten ma wprost przeciwne zadanie do układu krwiotwórczego. Sprawa pożerania ciałek czerwonych łączy się ze sprawą powstawania barwików żółciowych i pochodzenia żółtaczki. Mówca przytacza szereg badań doświadczalnych i histoanatomicznych, jak również klinicznych, przemawiających za powstawaniem barwików w komórkach układu R—E, a ze zdaniem, że żółtaczka może powstać niezależnie od wątroby; N. przytacza również szereg badań, osłabiających zapatrywania powyższe. Dotychczasowy stan badań wcale nie wyklucza zapatrywanie pierwszego. Mówca podnosi znaczenie układu R.—E. dla przemiany materji t. j. białka, tłuszczów, węglowodanów, żelaza, wody; mówi o ważnej roli tego układu w procesach obronnych humoralnych i o znaczeniu jego w leczeniu podrażniającem. Odnośnie do hematologji porusza sprawę histocytozy i histocytaemji. Koncepcja układu R.-E. pozwala wreszcie dziś wyodrębnić systemową jednostkę chorobową, polegającą na systemowem bujaniu pierwocin tego układu na wzór systemowych procesów ziarninowych. Wykład objaśniony licznemi tablicami i preparatami mikroskopowemi.

W dyskusji kol. Moraczewski podnosi, że jako fizjologa i chemika zajmują go przedewszystkiem chemiczne własności komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego, bogatych zwłaszcza w zaczyny białkowe, tłuszczowe i inne; podkreśla, że są to komórki albo zawierające zaczyny albo mogące je wytwarzać, co dowodzi, że są to komórki młode. Omawia w łączności z tem pochłanianie barwików i ważność zmian w reakcji komórek. Obecność tych komórek w narządach wskazuje, że wytwarzanie hormonów jest zapewne związane z temi komórkami. Kol. Dębicki mówi o nadzwyczajnej wrażliwości komórek układu R-E na promienie Roentgena; np. naświetlanie śledziony powoduje zwiększenie krzepliwości krwi. Kol. Naróg wspomina o chorym, u którego w związku ze schorzeniem układu R.-E. przyszło do pierwotnej skazy krwotocznej; u tego chorego wystąpiły bardzo duże krwotoki przedsiatkówkowe na jednem oku wskutek pękania tętnic końcowych na siatkówce. Chory po powtarzających się krwotokach nic nie widział. Po wyjęciu śledziony nastąpiła ogólna poprawa, krwotoki przedsiatkówkowe zorganizowały się, bystrość wzroku poprawiła się na 5/30.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

SPRAWY ZAWODOWE.

Izba lekarska Warszawsko-Białostocka.

W dniu 20. grudnia 1925 r. na posiedzeniu Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej dokonano wyborów nowego Zarządu, Sądu, Komisji Rewizyjnej, oraz delegatów do Izby Naczelnej: Do Zarządu weszli: Gruszczyński Aleksander, Hertz Maurycy Jastrzębski Marjan, Mazurek Józef, Mutermilch Stanisław, Przyborowski Adam, Rudzki Przemysław, Stefanowski Antoni i Turski Antoni. Na zastępców członków Zarządu powołani zostali: Goldsztein Paweł, Kapuściński Stanisław, Kasperowiczowa Marja, Pieńkowski Marjan, Ryłko Marjan, Stabholc Henryk, Śmiechowski Antoni, Zaorski Jan, Trawiński Marjan. Do Komisji Rewizyjnej: Gluziński Antoni, Goldberg Oskar, Huszcza Adam, Jarecki Władysław, Kijewski Jan Stanisław. Delegaci do Izby Naczelnej: Bączkiewicz Jan, Garlicka Zofja, Krzyczkowski Antoni, Makowski Tytus, Metelski Norbert, Przyborowski Adam, Robin Wilhelm, Sochacki Ignacy, Śmiechowski Antoni, Wojnówna Zofja, Zastępcy delegatów do Izby Naczelnej: Gurbski Stanisław, Jasielewicz Kazimierz, Kołłątaj Srzednicki Jan, Lewin Gerazon, Orłowski Edward, Sławiński Zdzisław, Szumlański Witold, Szymanowski Zygmunt, Trenkner Henryk, Zelisławski Jerzy. Członkowie Sądu Izby: Bein Kazimierz, Bregman Ludwik, Chodakowski Gustaw, Ettinger Witold, Garlicka Zofja, Graba Łęcki Wacław, Gurbski S., Horodyński Witold, Kapuściński Stanisław, Kwaśniewski Mikołaj, Laskowski Józef, Nelken Jan, Sadkowski Czesław, Simchowicz Teofil. Staniszewski Władysław, Szczerowska Marja, Szmakfefer Kazimierz, Wichert Franciszek, Zamenhof Leon, Bajenkiewicz Witold, Klamrzyński Piotr, Rajgrodzki Aleksander, Wróblewski Szczęsny, Za-

błocki Adam. Zastępcy członków Sądu: Piro Maksymiljan, Brenneizen Leopold, Drozdowicz Grzegorz, Endelman Leon, Fryszberg Adam, Grudziński Zygmunt, Heller Braude Chana, Horoszewicz Antoni, Jarecki Władysław, Kasperowiczowa Marja, Koliński Józef, Krzyczkowski Antoni, Łażyński Marjan, Michalski Zdzisław, Mutermilch Jan, Schayer Edmund, Vacqueret Karol, Wielobycki Tadeusz, Zandowa Natalja, Jakimowicz Jan, Majewski Stanisław, Onoszkowicz Jacyna Władysław, Sienkiewicz Bolesław, Walewski Jan.

Zarząd ukonstytuował się w sposób następujący: Przyborowski Adam Naczelnik, Gruszczyński Aleksander i Rudzki Przemysław zastępcy Naczelnika, Jastrzębski Marjan Pisarz, Mazurek Józef zastępca Pisarza, Turski Antoni Skarbnik. — Przewodniczący posiedzenia Rady: *Poborowski.* — Sekretarz posiedzenia Rady: *J Sochacki.*

Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą we Lwowie.

Protokół III. posiedzenia Komitetu wykonawczego Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą, które się odbyło w dniu 5. listopada 1925 r. w biurze Naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia.

Obecni: Dr. Mikołajski, P. Maszkowski, Dr. Węgrzynowski, Dr. Kociuba, Doc. Dr. Grek, Dr. Mosler, Gen. Dr. Zieliński, Dr. Kuhn, Dr. Szaynowski.

Przewodniczy Dr. Mikołajski.

Porządek obrad: 1. Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia; 2. II. Zjazd przeciwgruźliczy we Lwowie. Organizacja Zjazdu. Tematy z działu społecznego; 3. Wnioski Członków.

Przed porządkiem dziennym przewodniczący podaje do wiadomości bieżące załatwienia w Wydziale Zdrowia w zakresie walki z gruźlicą. Wydział Zdrowia przedłożył Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia odpisy referatów, odczytanych i omówionych na III. posiedzeniu Komisji, które także przesłano do redakcji „Polskiej Gazety Lekarskiej" i „Lekarza Polskiego".

Referat Dr. A. Dorosza o zapoczątkowaniu organizacji walki z gruźlicą w powiecie sanockim rozesłano także wszystkim lekarzom powiatowym i starostom, jako wzór godny naśladowania. Na wniosek Wydziału Zdrowia P. Wojewoda wyraził na piśmie uznanie i podziękowanie Dr. Doroszowi za jego działalność na polu walki z gruźlicą, a podobny wniosek przedłożono Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Korzystając z materjału, dostarczonego we wspomnianych referatach, wydano odezwę do Starostw regulującą dalszą pracę.

W powiecie Krośnieńskim, dotąd biernym, budzi się ruch przeciwgruźliczy i przygotowuje się założenie Powiatowego Koła.

Starostwa, w których Przychodnie są nieczynne, ponaglono do usilniejszej pracy. Powołując się na referat Dr. K. Lipskiego, Wydział Zdrowia odniósł się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z przedstawieniem, że skreślenie w budżecie Tymczasowego Wydziału Samorządowego subwencji na walkę z gruźlicą zatamowałoby tę walkę.

Wydział Zdrowia zwrócił się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą, aby wszelkie podania o zasiłki na cele walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem udzielano do zaopinjowania Komisji względnie jej Komitetu wykonawczego.

Otrzymaną z Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia pierwszą ratę subwencji w kwocie 5.000 zł. rozdzielono zgodnie z uchwałą Komisji, a mianowicie udzielono na częściowe pokrycie kosztów wywiadowczyni w Jarosławiu — 1.000 zł., w Samborze — 1.000 zł., w Jaworowie — 500 zł., w Rzeszowie — 1.000 zł., na wynajęcie lokalu dla Przychodni w Rawie ruskiej — 500 zł., i na budowę domu dla Przychodni w Sanoku — 1.000 zł.

Do kół w Drohobyczu, w Przemyślu, w Rzeszowie, Jarosławiu, Samborze i Sanoku posłano uwiadomienie o kursie 4. tygodniowym dla lekarzy Przychodni, mającym się odbyć w Warszawie.

Z porządku dziennego przewodniczący odczytał protokół poprzedniego posiedzenia Komitetu, który bez zmian przyjęto.

Co do organizacji II. Zjazdu Przeciwgruźliczego przedstawia Dr. Mikołajski szereg wniosków. W dyskusji zabierają głos: Dr. Węgrzynowski, Doc. Dr. Grek, Dr. Kuhn, Gen. Dr. Zieliński. Uchwalono, zgodnie z wnioskiem Dr. Mikołajskiego zaproponować, aby ze względu na bardzo liczne, oczekiwane referaty poświęcić obradom Zjazdu cały dzień pierwszy i przedpołudnie dnia następnego przeznaczając na Walne Zebranie Związku Przeciwgruźliczego popołudnie dnia drugiego, aby program Zjazdu obejmował wstępne zebranie ogólne, na którem po powstaniach będą odczytane i omówione tylko tematy główne z trzech działów (biologji, kliniki i społecznej akcji), poczem zebranie podzieliłoby się na 3 sekcje według działów referatowych. Drugiego dnia Zjazdu odbyłoby się drugie ogólne zebranie celem uchwalenia wniosków Sekcji.

Komitet wykonawczy uchwala na wniosek Dr. Mikołajskiego zgłosić następujące referaty:

Referat główny na ogólne zebranie: 1. O koniecznej potrzebie wydania ustawy o walce z gruźlicą. Ref. Dr. Kuhn. Referaty do Sekcji Społecznej: 2. Organizacja walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem. Ref. Dr. Mikołajski. 3. Walka z gruźlicą w Województwie lwowskiem w pięcioleciu 1921—1925. Ref. Dr. Mesler. 4. Statystyka śmiertelności z gruźlicy w mieście Lwowie w latach 1911—1925. Ref. Dr. Legeżyński. 5. Śmiertelność z gruźlicy u żydów w mieście Lwowie w latach 1911—1925. Ref. Dr. M. Selzer. 6. Ruch chorych na gruźlicę w szpitalach powszechnych w Małopolsce w latach 1911—1925. Ref. Dr. K. Lipski. 7. Zwalczanie gruźlicy wśród młodzieży szkolnej i wśród nauczycielstwa. Ref. Dr. Kociuba. 8. Uprzywilejowanie gruźlicy w ustawie emerytalnej. Ref. Dr. Szaynowski. 9. Zapobieganie gruźlicy i jej zwalczanie w Kasach chorych w ramach ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby. Ref.

Dr. Mikołajski wyraża zdanie, że należyte przygotowanie II. Zjazdu Przeciwgruźliczego wymaga już teraz ustalenia składu Komitetu gospodarczego, który powinien ułożyć szczegółowy program Zjazdu, ogłosić tematy, poczynić starania o pomieszczenie uczestników Zjazdu, o ulgi kolejowe i inne udogodnienia, przysposobić plan wycieczek miejscowych i w okolice, obmyśleć sposób redagowania i wydania prac Zjazdu i t. d. Czynności te zajmą wiele czasu i pracy, a opóźnienie w rozpoczęciu tych zachodów może narazić Zjazd na niepowodzenie. Do Lwowa zaprosiło Zjazd lwowskie Towarzystwo walki z gruźlicą i ono ma obowiązek Zjazd należycie zorganizować. Mowca w imieniu Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą wyraża życzenie, aby przygotowania do Zjazdu jak najrychlej weszły w praktyczne wykonanie.

Dr. Mikołajski przypomina, że lwowskie Towarzystwo walki z gruźlicą proponowało urządzenie w tym roku w końcu czerwca Wojewódzkiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, lecz przeciw takiemu Zjazdowi w terminie proponowanym oświadczył się Wydział Zdrowia. Mowca jednak jest zdania, że Wojewódzkie Zjazdy powinny się co roku odbywać i mieć za zadanie zaznajomienie nie tylko lekarzy, ale jak najszerszych kół publiczności z walką z gruźlicą w Województwie, spopularyzowanie tej walki i osiągnięcie jak największej liczby zwolenników do ruchu przeciwgruźliczego.

Najwłaściwiej byłoby te zebrania o charakterze propagandowym i dostępne dla wszystkich nazywać Wiecami Przeciwgruźliczemi w rozróżnieniu od Zjazdów Przeciwgruźliczych o charakterze naukowym.

Mówca proponuje, aby taki Wiec urządzić w przyszłym roku podczas Zielonych Świąt, spożytkować na nim streszczenia prac, przygotowanych na II Zjazd Przeciwgruźliczy, podać lekarzom powiatowym na Wiecu najważniejsze wskazówki co do organizowania walki z gruźlicą na powiatach, omówić znaczenie i zadanie Przychodni Przeciwgruźliczych i wywiadowczyń, a dla szerszej publiczności dać sposobność do zainteresowania się i wypowiedzenia w sprawie walki z gruźlicą.

Komitet wykonawczy uchwala ten wniosek, a przeprowadzenie go porucza Dr. Węgrzynowskiemu, Dr. Mikołajskiemu i Gen. Dr. Zielińskiemu.

Dr. Mikołajski zapytuje Dr. Węgrzynowskiego, jak daleko postąpiła sprawa normalnego statutu dla Terytorjalnych Towarzystw Przeciwgruźliczych, którego projekt rozesłano przed kilku miesiącami do zaopinjowania.

Dr. Węgrzynowski oznajmia, że nic mu nie wiadomo w tym względzie i że, o ile mu się zdaje, projekt nie zbliżył się do urzeczywistnienia.

Dr. Mikołajski.

Program kursu dla lekarzy urządzony przez Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

od 22. marca do 31. marca 1926. r. włącznie.

1) Prof. Dr. Rutkowski: Chirurgja gruźlicy płuc 2 godz. 2) Doc. Dr. Glatzel: a) Kurs operacyjny na zwłokach i zwierzętach 6godz., b) Chirurgja ambulatoryjna 8 godz. — 3) Doc. Dr. Pisarski: Praktyczny kurs cystoskopji i cewnikowania moczowodów 10 godz., liczba uczestników ograniczona do 20 podzielonych na dwie grupy. — 4) Prof. Dr. Olbrycht: a) O najczęściej popełnianych błędach w technice, djagnostyce i orzecznictwie sądowo-lekarskiem 2 godz., b) Demonstracja ciekawych i rzadszych preparatów z zakresu medycyny sądowej 2 godz. — 5) Prof. Dr. Baurowicz: Djagnostyka chorób górnych dróg oddechowych i narządu słuchowego 10 godz — 6) Prof. Dr. Walter: Rozpoznawanie i leczenie chorób skórnych i wenerycznych 5 godz. — 7) Asystent Dr. Dyboski: Ćwiczenia w leczeniu chorób wenerycznych ze szczegółowem uwzględnieniem wiewióra cewki moczowej męskiej 4 godz. — 8) Prof. Dr. Rosner: Ćwiczenia praktyczne w diagnostyce ginekologicznej na chorych stałych i ambulatoryjnych 15 godz. — 9) Doc. Dr. Zubrzycki: Zabiegi ginekologiczne z ćwiczeniami 15 godz. — 10) Doc. Dr. Szymanowicz: Ćwiczenia praktyczne w djagnostyce położniczej wraz z ćwiczeniami w operacjach położniczych na żywych i fantomach 15 godz. — 11) Asyst. Dr. Szancenbach: Djagnostyka przyczyn niepłodności z ćwiczeniami praktycznemi w persuflacji godz. 2. — 12) Asyst. Dr. Gawroński: Ćwiczenia praktyczne w drobnych zabiegach ginekologicznych 5 godz. — 13) Asyst. Dr. Keller: Djagnostyka przyczyn upławów kobiecych z ćwiczeniami w ich leczeniu, 3 godz. — 14) Asyst. Dr. Stępowski: Postępowanie w trzecim okresie porodowym i krwotoki porodowe z ćwi-

czeniami praktycznemi, 2 godz. — 15) Prof. Dr. Majewski: Kurs wziernikowania, 10 godz. (minimalna liczba uczestników 5). — 16) Prof. Dr. Latkowski: Klinika gruźlicy z uwzględnieniem roentgenologji, 10 godz. — 17) Doc. Dr. Oszacki: Nowoczesne sposoby leczenia cukrzycy i śpiączki cukrzycowej, 18 godz. — 18) Doc. Dr. Kostrzewski: Klinika chorób zakaźnych, 10 godz. 19) Doc. Dr. Tempka: Nowsze sposoby leczenia schorzeń serca, 2 godz. — 20) Asyst. Dr. Siedlecki: Nowsze poglądy na patogenezę i leczenie dusznicy bolesnej, 2 godz. — 21) Asyst. Dr. Adamowicz: a) Zastosowanie odmy sztucznej z demonstracjami, 2 godz. b) Zgłębnikowanie dwunastnicy w celach leczniczych i rozpoznawczych, 2 godz. — 22) Doc. Dr. Bujak: a) Szczepienie ochronne przeciw płonnicze sposobem Gabryczewskiego i Dicków, b) Zapobieganie odrze sposobem Degkwitza, leczenie płonicy surowicą ozdrowieńców, c) odma piersiowa sztuczna w gruźlicy płuc u dzieci, d) Ćwiczenia praktyczne w dopełnianiu odmy, e) Demonstracja chorych, wszystkie 5 godz. — 23) Asyst. Dr. Klepacki: Nakłucie lędźwiowe. Badanie płynu mózgowordzeniowego z demonstracjami, 2 godz. — 24) Asyst. Dr. Jaroń: Leczenie zapalenia miedniczek nerkowych u dzieci, 1 godz. — 25) Prof. Dr. Pilz: Pokazy chorych nerwowych 2 godz., — 26) Doc. Dr. Artwiński: a) Pokazy nerwowo-chorych ze specjalnem uwzględnieniem kiły układu nerwowego, 3 godz. b) Kurs praktyczny nakłucia lędźwiowego, 2 godz. — 27) Doc. Dr. Zieliński: Patogeneza i terapja epilepsji, 2 godz. — 28) Doc. Dr. Morawski: Praktyczne wskazówki z djagnostyki psychiatrycznej, 2. godz. — 29) Prof. Dr. Gądzikiewicz: Wybrany dział z metodyki badań higjenicznych wraz z demonstracjami i ćwiczeniami, 4 godz. — 30) Doc. Dr. Janiszewski: Praktyczne uwagi tyczące się zadań poradni gruźliczych i wskazań umieszczenia chorych w Sanatorjach, 1 godz. — Na życzenie przy dostatecznej liczbie uczestników będą nadto zorganizowane: 31) Prof. Dr. Ciechanowski: Praktyczne zajęcia anatomo-patologiczne i histopatologiczne. — 32) Asystenci kliniczni: Ćwiczenia praktyczne w mikroskopji klinicznej.

Minimalna liczba uczestników poniżej, której kurs się nie odbędzie wynosi 20. Opłata ryczałtem za cały kurs 70 zł.

Zgłoszenia o bezpłatne kwatery, które będą przygotowane dla 30 uczestników, z tych 22 we wspólnej sali w klinice Prof. Dra Piltza, zgłaszać należy najdalej do dnia 1. marca, pod adresem Doc. Dr. Artwiński, Radziwiłłowska 10. Zamówienia zaś do Hoteli przyjmuje Komisja kursów (pod tym samym adresem) tylko od nadsyłających równocześnie zaliczkę na Hotel w kwocie 25 zł, która w razie nie przybycia na Kurs nie będzie przez Hotel zwróconą. Otwarcie Kursu odbędzie się w II. klinice wewnętrznej, Kopernika 15. 22. marca w poniedziałek o godz. 8-ej rano. Ewentualne zebranie towarzyskie odbędzie się w niedzielę dnia 28. marca wieczorem.

Wszelkich wyjaśnień udziela Doc. Dr. Tempka, Kopernika 15, dokąd też należy kierować wkładki pieniężne.

Kraków, dnia 23. stycznia 1926.

Komisja Kursów Wydziału lekarskiego U. J.

Tempka mp. Sekretarz. *Ciechanowski* mp. Przewodniczący.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

W sprawie szczepionek przeciw wściekliźnie. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia rozesłała Okólnik do wszystkich Wojewodów, z zawiadomieniem, że Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie z dniem 1. stycznia 1926 r. wprowadził do sprzedaży szczepionkę przeciw wściekliźnie w pudełkach, zawierających po 20 ampułek, wystarczających na 1 chorego. Dyrekcja żąda, aby conajmniej jedna z aptek, znajdujących się w każdem mieście, będącem siedzibą Starostwa, utrzymywała stale na składzie przynajmniej 3 porcje szczepionki, która jest zdatna do użytku w ciągu trzech miesięcy. Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie będzie wymieniał szczepionkę, niezdatną do użytku, na świeżą w ilościach do 3-ch pudełek.

Kraków.

W sprawie szczepień przeciw błonicy i płonicy. Magistrat miasta Krakowa uprasza o zamieszczenie w „Polskiej Gazecie Lekarskiej" następującego komunikatu: „Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, okólnikiem z 5. października 1925 Nr. Z. Z. 5606/25 poleciła zwrócić uwagę lekarzy na doniosłość stosowania szczepień rozpoznawczych i ochronnych metodą Schicka przeciw błonicy i metodą Dicków przeciw płonicy. Przez szczepienie doskórne toksyny błoniczej względnie płoniczej można stwierdzić, czy osobnik szczepiony jest wrażliwy na daną chorobę; osobnik wrażliwy, zaszczepiony następnie podskórnie dwa — lub trzykrotnie właściwą szczepionką, zyskuje odporność przeciw tej chorobie na dłuższy okres czasu. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zaleca dokonanie tych szczepień rozpoznawczych, względnie ochronnych, w zakładach opiekuńczych, mieszczących większą ilość dzieci. Szczepienie przeciwbłonicze i przeciwpłonicze jest już stosowane w Ameryce w bardzo szerokich rozmiarach; badania nad szczepieniami przeciwpłoniczemi są u nas w toku, a po ukończeniu badań Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia poda do powszechnej wiadomości wyniki tych badań i ewentualne metody. Już obecnie zaleca się stosowanie szczepień przeciwbłoniczych w zakładach opiekuńczych, zaś w szkołach i w praktyce prywatnej w razie grożącej epidemji. Potrzebne ilości szczepionki można zamawiać w Państwowym Zakładzie Higjeny, jednakowoż nie bezpośrednio, lecz za pośrednictwem lekarza powiatowego (w Krakowie za pośrednictwem Miejskiego Urzędu Zdrowia). Dokładne przepisy stosowania materjału szczepiennego załączone będą do zamówionych przesyłek. Szczepienia w szkołach i zakładach opiekuńczych odbywają się bezpłatnie, materjał szczepienny dla użytku prywatnego podlega opłacie. Materjał do prywatnych szczepień wysyła się na zapotrzebowanie lekarza powiatowego pod adresem lekarza zamawiającego i na jego koszt.

Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia muszą lekarze powiatowi (w Krakowie Miejski Urząd Zdrowia) przedkładać półrocznie wykazy dokonanych szczepień rozpoznawczych i ochronnych. Lekarze szczepiący zechcą tedy przysyłać lekarzom powiatowym wykazy szczepionych osób.

Prof. Dr. Witold Orłowski, **zaproszony na katedrę przez Uniwersytet Warszawski,** przeniósł się z Krakowa do Warszawy z początkiem Stycznia b. r. — Krakowska Redakcja „Polskiej Gazety lekarskiej", w której prof. Orłowski gorliwie współdziałał, żegna Go życzeniem, aby Jego wiedza i praca, bezstronny i niezależny sąd, zapał i talent organizacyjny w pracy publicznej, zjednały Mu na nowem polu działania równe uznanie i poważanie, jakie sobie zyskał jako główny twórca i działacz „Polskiego Związku lekarzy i przyrodników" w Petersburgu, jako profesor i jako opiekun polskiej młodzieży i polskich wygnańców w Kazaniu, a powracających do kraju wychodźców i żołnierzy w czasie swego tułactwa na Syberji, i wreszcie — działalnością swoją w Krakowie. Wraz z prof. Orłowskim przenoszą się do Warszawy jego asystenci Dr. Zawistowski i Dr. Pokorny. Zastępcze kierownictwo Kliniki krakowskiej aż do objęcia przez następcę powierzył Wydział lekarski Doc. Dr. T. Tempce.

Poszukuję **egzemplarzy „Słownika lekarskiego polskiego"** z r. 1905. Kolegów, którzyby mi je odstąpić mogli, proszę o łaskawe przysłanie (z podaniem ceny) pod adresem: Kraków, 9., Szopena 11. — Ciechanowski.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie wspólnie z **Tow. Higjenicznem i z Kołem lekarzy szpitalnych.** Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 5. lutego o godz. 6-ej wieczorem. Porządek dzienny: 1) Kol. Mikołajski S.: **Rozwój walki z gruźlicą w Małopolsce, a w szczególności w Województwie Lwowskiem w latach 1900—1925.** — 2) Kol. Bühn St.: Sprawozdanie z kursu przeciwgruźliczego w Warszawie. — 3) Kol. Węgrzynowski L.: **Sprawozdanie z Towarzystwa walki z gruźlicą za r. 1925.** —

Łódź.

Przypomnienie. Spis lekarzy, stosujących w Polsce odmę sztuczną ma być ogłaszany corocznie, w styczniu, we wszystkich pismach ogólno-lekarskich. Nazwiska prosimy przesłać pod adresem: Łódź, Piotrkowska 111. Dr. Seweryn Sterling.

Wilno.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie obchodziło 120 rocznicę swego istnienia w dniu 13 grudnia z. r. Po uroczystem nabożeństwie w kościele św. Jakóba liczni uczestnicy tej uroczystości zarówno miejscowi, jak i przyjezdni zebrali się w lokalu Towarzystwa. Posiedzenie zagaił przemówieniem Prezes Towarzystwa prof. Opoczyński, poczem długi szereg mówców przemawiał w imieniu Władz miejscowych cywilnych i wojskowych. Uniwersytetów, Towarzystw i rozmaitych zrzeszeń, a w liczbie tych i w imieniu Koła Studentów Medyków. Te Towarzystwa, które nie mogły przysłać delegatów, nadesłały telegraficznie swe powinszowania i życzenia.

W dalszym ciągu posiedzenia Dr. L. Czarkowski odczytał bardzo interesujący rys historyczny Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, poczynając od jego założenia, a kończąc na czasach ostatnich. Odczyt ten zobrazował różne fazy rozwoju Towarzystwa, jego łamanie się z przeciwnościami, jego czasy świetne i jego chwile upadku. Posiedzenie zakończył odczyt prof. Trzebińskiego, omawiający siedm prac z pierwszych dziesiątków lat XIX wieku. Prace te, częściowo drukowane, częściowo zaś przechowane w rękopisach w Wileńskiem Towarzystwie Lekarskiem, dotyczyły nosacizny, cholery i kołtuna. Mówca ocenił te prace ze stanowiska ówczesnych i dzisiejszych poglądów na te sprawy chorobowe. Uroczystość zakończyło wieczorne zebranie koleżeńskie w klubie szlacheckim; które wśród serdecznego nastroju przeciągnęło się późno w noc. Przyjezdni uczestnicy całej tej uroczystości wynieśli wrażenie, że życie świata lekarskiego w Wilnie rozwija się obecnie, pomimo trudnych naszych warunków finansowych, bardzo szybko zarówno pod względem naukowym jakoteż i społecznym.